

Année 1907

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 17 Juillet 1907, à 1 heure.

Par M. ÉMILE BONAMY

Né à Château-du-Loir (Sarthe), le 22 Février 1880.

DES

SARCOMES PRIMITIFS

DU GRAND ÉPIPLOON

Président : M. PAUL SEGOND, Professeur.

Juges : MM. PINARD, Professeur.

LEPAGE,

PIERRE DUVAL,

} *Agrégés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE. 2

1907

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

405

Présentée et soutenue le Mercredi 17 Juillet 1907, à 1 heure.

Par M. ÉMILE BONAMY

Né à Château-du-Loir (Sarthe), le 22 Février 1880.

DES

SARCOMES PRIMITIFS

DU GRAND ÉPIPLOON

Président : M. PAUL SEGOND, Professeur.

Juges : MM. PINARD, Professeur.

LEPAGE,
PIERRE DUVAL, } *Agrégés.*



PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1907

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M.	DEBOVE.
Professeurs.....	MM.	
Anatomie.....	N...	CH. RICHEL.
Physiologie.....		GARIEL.
Physique médicale.....		GAUTIER.
Chimie organique et Chimie minérale.....		BLANCHARD.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....		BOUCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....		HUTINEL.
Pathologie médicale.....		BRISAUD.
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....		CORNIL.
Histologie.....	N...	SEGOND.
Opérations et appareils.....		POUCHET.
Pharmacologie et Matière médicale.....		GILBERT.
Thérapeutique.....		CHANTEMESSE.
Hygiène.....		THOINOT.
Médecine légale.....		DEJERINE.
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie.....		ROGER.
Pathologie comparée et expérimentale.....		HAYEM.
Clinique médicale.....		DIEULAFOY.
Clinique des maladies des enfants.....		DEBOVE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		LANDOUZY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale..		GRANCHER.
Clinique des maladies nerveuses.....		GAUCHER.
		JOFFROY.
		RAYMOND.
Clinique chirurgicale.....		LE DENTU.
		TERRIER.
		BERGER.
		RECLUS.
Clinique ophtalmologique.....		DE LAPERSONNE.
Clinique des voies urinaires.....		ALBARRAN.
Clinique d'accouchements.....		PINARD.
Clinique gynécologique.....	N...	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile.....		KIRMISSON.
Clinique thérapeutique.....		ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
AUVRAY.	DUPRÉ.	LEPAGE.	RIEFFEL, <i>Chef des travaux anatom.</i>
BALTHAZARD	DUVAL.	MACAIGNE.	TEISSIER.
BRANCA.	FAURE.	MAILLARD.	THIROLOIX.
BEZANÇON.	GOSSET.	MARION.	VAQUEZ.
BRINDEAU.	GOUGET.	MAUCLAIRE.	WALLICH.
BROCA (ANDRÉ).	JEANSELME.	MERY.	
CARNOT.	LABBE.	MORESTIN.	
CLAUDE.	LANGLOIS.	POTOCKI.	
CUNEO.	LAUNOIS.	PROUST.	
DEMELIN.	LEGREY.	RENON.	
DESGREZ.	LEGUEU.	RICHAUD.	

Le Secrétaire de la Faculté : DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ou improbation.

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE — A MA MÈRE

*A vous, mes chers Parents, je dédie
ce travail, faible hommage de ma
profonde affection.*

A MES SŒURS

A MON FRÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur Paul SEGOND

Professeur de Clinique chirurgicale

Chirurgien de la Salpêtrière

Officier de la Légion d'honneur.

INTRODUCTION

Le 1^{er} mai 1906, nous assistions notre cousin, le docteur René Bonamy, ancien interne des hôpitaux, chirurgien de l'hôpital Gouïn, à Clichy, qui opérait une femme atteinte d'une volumineuse tumeur abdominale, diagnostiquée : kyste de l'ovaire.

La paroi ouverte, nous nous trouvâmes en présence d'une masse énorme, remplissant toute la cavité abdominale, sillonnée de nombreux vaisseaux très dilatés.

Grande fut alors notre surprise, lorsque la tumeur fut extériorisée non sans peine et après avoir dû prolonger l'incision de la paroi jusqu'à l'appendice xyphoïde, de constater qu'elle était directement rattachée à la grande courbure de l'estomac et toute entière développée aux dépens du grand épiploon ; l'utérus et les annexes étaient absolument sains,

La tumeur fut enlevée et malgré le schock opératoire qui suivit cette grosse intervention, la malade guérit très bien, sans aucune complication et quitta l'hôpital un mois après. Actuellement, elle est en parfaite santé et aucune trace de récurrence n'est à soupçonner.

Cette énorme tumeur (pesant 10 kilos), fut examinée histologiquement par M. le docteur Lesné, médecin des hôpitaux ; il s'agissait de sarcome fuso-cellulaire.

La rareté d'un semblable cas nous [poussa à faire des

recherches sur ces tumeurs, à en grouper les relations éparses et à esquisser leur étude, qui fait aujourd'hui le sujet de notre thèse inaugurale.

En collaboration avec le docteur René Bonamy, nous avons présenté cette tumeur à la Société anatomique, dans sa séance du 14 juin 1907.

M. le Professeur Cornil, qui voulut bien l'examiner microscopiquement, confirma qu'il s'agissait de sarcome typique.

C'est avec plaisir que nous avons fait don de cette pièce rare au musée Dupuytren, pour lequel elle nous fut demandée par son conservateur, M. le professeur agrégé Legry.

Avant de commencer cette étude, nous considérons comme une bien agréable obligation d'adresser nos remerciements à nos maîtres dans les hôpitaux.

Mon cousin le docteur René Bonamy, fut notre maître en chirurgie.

Merci, mon cher René, grâce à la liberté que tu m'as laissée dans ton beau service de l'hôpital Gouïn, j'ai appris, sous ton affectueuse et savante direction, tout ce que je sais de pratique chirurgicale. Sois assuré que je n'oublierai jamais les belles et fortes impressions opératoires que j'ai ressenties, alors que si souvent tu me prenais comme aide, et les bons moments passés ensuite ensemble avec la gaieté d'esprit que laisse après lui le sentiment du devoir accompli.

M. le professeur agrégé Letulle, médecin de l'hôpital Boucicaut, fut notre premier maître en médecine, nous n'oublierons jamais la grande affabilité de son précieux enseignement.

De même, M. le professeur Debove et le regretté docteur Hippolyte Martin-Roux, médecin de l'hôpital Bichat, nous ont enseigné la clinique médicale, nous leur en exprimons toute notre reconnaissance.

A MM. les professeurs agrégés Bar et Brindeau, accoucheurs de l'hôpital Saint-Antoine, nous sommes redevables de tout ce que nous savons en obstétrique.

Nous n'oublierons pas les conseils pratiques et scientifiques d'oto-rhino-laryngologie et tout l'intérêt que nous a toujours témoigné M. le professeur agrégé P. Sébilleau, chirurgien de l'hôpital Lariboisière.

Chez M. le docteur Danlos, dans son beau service de l'hôpital Saint-Louis, nous avons pendant six mois étudié la dermatologie, nous lui adressons nos remerciements pour son aimable et précieux enseignement.

M. le docteur Lesné, médecin des hôpitaux, a bien voulu nous recevoir dans son service de l'hôpital Bretonneau. Nous tenons à lui dire toute notre gratitude pour les conseils éclairés qu'il a bien voulu nous donner dans l'art, souvent si délicat et difficile, d'examiner et de soigner les enfants.

Nous devons à M. le docteur Genouville, chirurgien de l'hôpital Saint-Joseph, ce que nous savons de pratique des maladies des voies urinaires. Qu'il veuille accepter tous nos remerciements.

M. le professeur Segond nous a fait le très grand honneur de bien vouloir accepter la présidence de notre thèse, nous en avons été très touchés et nous lui adressons l'expression de nos bien vifs remerciements et de notre profonde gratitude.

HISTORIQUE

Malgré les nombreuses recherches que nous avons faites, nous avons pu constater que les tumeurs primitives du grand épiploon ont été longtemps méconnues ; actuellement encore et quoique leur existence soit mise hors de doute, les traités classiques, les dictionnaires médicaux, tant en France qu'à l'Etranger, n'en font que peu ou pas mention. Tout au plus dans les descriptions des lésions cancéreuses du péritoine, les trouve-t-on rapidement signalées. Le dictionnaire Dechambre s'exprime ainsi : « La rareté de ces tumeurs ne nous permet pas de faire une description de leurs caractères cliniques et anatomo-pathologiques.

Le principal motif de cette absence de documents est assurément la réelle rareté de ces tumeurs, puisque dans le cas particulier des sarcomes, avons-nous pu, tout au plus, recueillir une quinzaine d'observations et avons-nous constaté, au cours de nos recherches, que les autres tumeurs qui peuvent se développer dans l'épiploon étaient au moins aussi rares.

A côté de leur rareté, il faut aussi placer la difficulté de leur diagnostic, difficulté dont nous reparlerons dans un chapitre spécial de ce travail et qui est assurément pour quelque chose dans le mépris qui semble envelopper

leur étude. Leur histoire ne peut donc être longue. Jusque vers l'année 1870, ces tumeurs étaient presque toujours une trouvaille d'autopsie et comme, d'autre part, l'anatomie pathologique et l'examen microscopique des tissus n'étaient pas encore entrés dans la pratique courante, l'étude des néoplasies qui nous intéressent ne pouvait exister réellement. Elle était en tout cas inséparable de l'étude générale des tumeurs que nous ne pouvons entreprendre ici.

C'est ainsi que, voulant baser notre étude exclusivement sur les cas vérifiés histologiquement, nous n'avons pu trouver, avant cette époque, aucune observation de sarcomatose primitive du grand épiploon comprenant un examen microscopique sérieux de la tumeur.

Mais alors survint sinon l'avènement, du moins l'entrée dans la pratique courante de la chirurgie abdominale. Avec les progrès de l'antisepsie d'abord, de l'asepsie ensuite, à la suite des admirables travaux de Lister et de Pasteur, les chirurgiens tentèrent des interventions plus fréquentes et plus audacieuses. Plus heureux que leurs devanciers, ils pouvaient maintenant aborder la cavité abdominale sans avoir l'effroyable mortalité qui avait accompagné les premières laparotomies.

Désormais les observations se multiplièrent et servirent de base à l'étude des tumeurs abdominales.

Péan, Tillaux, successivement, avec leur admirable sens clinique, essayèrent de jeter un peu de clarté sur le diagnostic souvent si difficile de ces affections.

Dans le domaine de l'anatomie pathologique, les progrès se réalisèrent également à pas de géant, tant au point de vue technique qu'au point de vue scientifique.

Grâce aux célèbres travaux de Wirchow en Allemagne, de Cornil, Ranvier, Lancereaux en France, l'étude intime des tissus pathologiques se répandait de plus en plus et le microscope ne tardait pas à devenir l'utile complément du bistouri.

C'est ainsi que nous avons pu trouver tant en France qu'à l'étranger une quinzaine d'observations vérifiées histologiquement de sarcome primitif du grand épiploon, dont la plus ancienne est de Braun d'Iéna et date de 1883.

Notre travail repose exclusivement sur l'étude de ces observations, aucun travail original n'existant sur cette question ; tout au plus 2 ou 3 thèses, celles de Marquis et de Lorreyte s'occupant des tumeurs du péritoine en général et datant de 1872 et 1875 et celle de Camus, *Des néoplasies primitives du grand épiploon*, la plus récente, soutenue en 1891.

ANATOMIE. — HISTOLOGIE. — PHYSIOLOGIE

Sans entrer dans de grands détails anatomiques, il nous paraît cependant nécessaire d'exposer en quelques mots la disposition normale du grand épiploon chez l'enfant et chez l'adulte.

Au niveau de la grande courbure de l'estomac, les deux feuillets péritonéaux qui tapissent la face antérieure et postérieure de cet organe se réunissent, s'accolent intimement et se portent en bas jusqu'au pubis, arrivés là ils se réfléchissent de bas en haut et gagnent le côlon transverse où ils se séparent l'un de l'autre pour l'entourer, se réunir à nouveau derrière lui et former le méso-côlon.

Ces deux lames, l'une antérieure ou descendante, l'autre postérieure ou ascendante, interceptent entre elles un large cul-de-sac communiquant largement en haut avec l'arrière-cavité des épiploons.

Telle est la disposition du grand épiploon chez le nouveau-né et même chez l'enfant. A cette période de la vie il est mince et transparent.

Mais plus tard les deux lames, descendante et ascendante, entrent en coalescence par leurs faces correspondantes et finissent par se fusionner plus ou moins complètement. Baraban, qui a bien étudié le processus

de cette fusion, dit qu'elle débute par la chute plus ou moins complète des deux endothéliums en présence, ce qui met en contact les faisceaux conjonctifs de ces deux lames, il se forme alors des relations vasculaires et la fusion complète se produit ainsi.

Quoi qu'il en soit, à l'ouverture de la paroi abdominale d'un adulte, le grand épiploon apparaît comme un tablier attaché à la grande courbure de l'estomac et s'étendant au devant de tout le paquet intestinal. En soulevant ce plastron épiploïque, dont tous les bords, excepté le supérieur qui lui sert de point d'attache, sont libres, il donne l'aspect d'une épaisse lame unique, grossièrement et irrégulièrement réticulée, qu'il est impossible de dédoubler en plusieurs feuillets et plus ou moins surchargée de graisse selon l'état d'obésité du sujet.

Cette disposition, qui est la règle générale, peut présenter quelques anomalies, la plus intéressante est le manque absolu ou partiel de coalescence des deux feuillets chez l'adulte. Fredet s'exprime ainsi : « l'accolement est moins fréquent et surtout moins étendu qu'on ne se plaît à le répéter. Si on regarde la bourse épiploïque au cours des laparotomies et dans les cures radicales de hernies inguinales contenant de l'épiploon, on est frappé de constater souvent l'indépendance des surfaces sereuses qu'on s'attendait à trouver soudées ».

La belle observation de Gross et Sencert que nous reproduisons en entier (Obs. VIII) est un curieux exemple de cette persistance de la poche épiploïque.

Histologiquement chez l'enfant, les deux lames sont constituées d'une trame conjonctive très mince, recou-

verte comme tout le péritoine d'une couche de cellules endothéliales.

Après la coalescence de ces deux lames, l'épiploon prend peu à peu son aspect adulte, se surcharge de graisse et se perce de nombreux trous. Ranvier qui a bien étudié la formation de ces perforations les attribue à l'action mécanique des cellules lymphatiques : toujours en grand nombre dans la cavité péritonéale, elles se fixent sur le grand épiploon, dont nous montrerons plus loin l'importance au point de vue de la défense de la cavité abdominale, et le traversent. Ces trous s'agrandissent peu à peu et ainsi s'établit la disposition réticulée qui caractérise l'épiploon de l'adulte. Les travées de ce réticulum sont plus ou moins épaisses, formées d'un plus ou moins grand nombre de faisceaux conjonctifs, les plus petits n'en renferment qu'un seul. Elles sont toutes entourées comme d'un manchon de cellules endothéliales. Les cellules fixes du tissu conjonctif n'existent pas dans les plus petites travées, les plus grandes en contiennent quelques-unes, mais elles se localisent surtout dans les espaces formés par l'intersection des travées et de là envoient des fins prolongements qui s'anastomosent avec les autres cellules des espaces voisins.

Le grand épiploon est extrêmement vasculaire, ses nombreuses artères naissent des gastro-épiploïques droite et gauche, elles envoient des ramifications dans toutes les nombreuses travées de cet organe. Les capillaires présentent une disposition spéciale : ils ont l'aspect de disques aplatis et sont appendus le long des artérioles et veinules, c'est ce que Renaut a appelé les *réseaux limbiliformes*.

Les lymphatiques du grand épiploon qu'on connaissait peu autrefois ont pris aujourd'hui beaucoup plus d'importance depuis l'étude si complète qu'en a fait Ranvier qui, le premier, a montré l'importance de ce « *vaste ganglion étalé* » au point de vue de la défense du péritoine contre l'infection.

En effet, jusqu'à ces 10 dernières années on ne faisait que des suppositions sur le rôle physiologique du grand épiploon : nombreuses sont les fonctions qu'on a attribuées à cet organe ; aussi ne pouvons-nous entreprendre de les énumérer toutes, depuis Hippocrate qui ne reconnaissait à cet organe qu'un rôle nuisible et disait : « lorsque cette membrane se glisse entre la vessie et la matrice, la compression qu'elle fait à l'orifice intérieur de cette partie nuit beaucoup à la génération », et Galien qui le considérait surtout comme destiné à échauffer l'estomac : ayant enlevé l'épiploon à un gladiateur blessé « l'homme guérit complètement, mais il était devenu si sensible, si impressionnable au froid extérieur, qu'il ne pouvait endurer d'avoir le ventre découvert et qu'il l'enveloppait constamment de laine ».

On a dit que son énorme surcharge graisseuse servait à lubrifier le péritoine et les intestins, les empêchait d'adhérer ensemble, — qu'il servait à fixer l'estomac et à assurer son ampliation, — qu'il servait de maintien aux rameaux artériels et veineux qui se distribuaient à l'estomac et aux intestins, — qu'il constituait un trop-plein en cas de gêne et d'hypertension dans la circulation sanguine, etc....

M. Cornil, en 1897, montra qu'en cas de traumatisme grave de l'abdomen, dans le cas de perforation de l'ure-

tère ou de plaie de la vessie ou du foie par exemple, l'épiploon venait aussitôt combler la perte de substance et couvrir la cicatrice.

La même année M. Roger montrait l'importance du grand épiploon comme organe de protection du péritoine contre l'infection. Ayant extirpé le grand épiploon à des lapins et à des cobayes, après guérison de la laparotomie, il leur injectait dans la cavité abdominale quelques gouttes d'une culture de staphylocoques, en même temps il pratiquait la même injection à des animaux ayant également été laparotomisés mais auxquels on avait laissé l'épiploon. Tous les témoins survécurent tandis que les animaux privés d'épiploon succombèrent au bout de 1 à 3 jours.

M. Roger en concluait logiquement que l'ablation du grand épiploon diminuait considérablement la résistance de la séreuse péritonéale.

Ce rôle a été établi expérimentalement en 1904 par les belles expériences de M. Heger, de Bruxelles.

Ce savant eut l'idée d'injecter dans la cavité péritonéale des petites particules opaques (plomb, limaille de fer, noir de fumée) et il suivit au moyen de l'écran fluoroscopique et par des radiographies successives le trajet de ces petits corps étrangers.

Il observa qu'il se faisait une localisation de ces particules à l'épiploon, celui-ci semblait s'en emparer, puis il se rétractait, et les enkystait. Alors la phagocytose intervenait rapidement et il put voir un grand nombre de ces particules passer par la paroi gastrique, suivant les canaux lymphatiques, gagner l'épiploon gastro-hépatique et de là le foie.

M. de Renzi, de Naples, eut l'ingénieuse idée de pratiquer une ligature du hile de la rate. Cette rate fut alors encapsulée par l'épiploon et, dit cet auteur : « digérée et absorbée par lui ». En pratiquant cette opération sur des animaux auxquels on a enlevé l'épiploon, ceux-ci ne tardèrent pas à succomber.

De ces expérimentations, il est intéressant de rapporter le cas de l'observation de Douglas (Obs. VII), dans lequel, après avoir extirpé la tumeur épiploïde de son malade, celui-ci mourut quatre jours après d'hématémèse. A propos de cette observation, Lauenstein, de Leipsig, signale l'importance des hémorragies de l'estomac et du duodénum à la suite d'ablation de l'épiploon. Il cite un cas semblable de Eiselberg et raconte que Freidrich, après avoir resséqué l'épiploon à des chiens et à des cobayes, remarqua la formation d'ulcères dans l'estomac et le duodénum qui produisirent de multiples hémorragies.

On voit donc que loin d'être une formation inutile ou d'une importance secondaire, comme on se l'était longtemps représenté, — possédons-nous quelque chose en nous, qui n'ait son utilité ? — l'épiploon joue dans la cavité abdominale un rôle capital de défense et de protection, c'est pourquoi il nous a paru intéressant d'insister un peu longuement sur la physiologie de cet organe telle qu'on la comprend d'après les travaux les plus récents.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

« Le tissu d'une tumeur quelconque a son type dans un tissu de l'organisme normal, soit à l'état embryonnaire, soit à l'état adulte ». Ainsi s'exprime la loi de Muller.

Connaissant maintenant la constitution histologique de l'épiploon, nous pouvons en déduire les formes de tumeurs qui peuvent y prendre naissance ; en effet, si le grand épiploon peut être envahi par des néoplasies d'une constitution différente de la sienne, ce ne peut être que des généralisations secondaires apportées par le système circulatoire, sanguin ou lymphatique et alors elles n'entrent pas dans le cadre de notre sujet.

L'épiploon comme nous l'avons vu, est essentiellement constitué de tissu conjonctif recouvert d'un endothélium. Ce dernier pourra donner naissance à des endothéliomes, tumeurs d'une extrême rareté et dont les quelques cas rapportés sont d'un diagnostic douteux, attendu qu'actuellement encore, les anatomo-pathologistes donnent à ce terme des significations différentes.

Parmi les tumeurs conjonctives, on peut trouver des fibromes et des sarcomes.

Les fibromes constitués de tissu conjonctif adulte sont excessivement rares, ce sont des tumeurs bénignes, passant souvent inaperçues, de petit volume, ayant

tendance à se pédiculiser et, d'après le processus indiqué par Porak, il semble bien que ce soit elles qui le plus souvent arrivent à constituer par amincissement de plus en plus grand de leur pédicule, les corps étrangers intra-péritonéaux.

Les sarcomès sont plus fréquents, ils sont formés par les éléments du tissu conjonctif, jeune ou embryonnaire et, tandis que les fibromes restent généralement bénins et de petite taille, ils ont une grande tendance à prendre un volumineux et rapide accroissement.

On peut rencontrer dans le grand épiploon plusieurs variétés de sarcome : dans nos observations nous trouvons :

11 cas de sarcome fuso-cellulaire.

1 — — globo-cellulaire.

3 — myxo-sarcome.

1 — fibro-sarcome.

La variété fuso-cellulaire est donc de beaucoup la plus fréquente, elle est caractérisée histologiquement par des cellules fusiformes pouvant varier dans leurs dimensions, aussi en distingue-t-on deux sortes, à grandes et à petites cellules.

Les sarcomes globo-cellulaires sont formés par des amas de petites cellules rondes également de volume assez variable.

Dans les fibro-sarcomes, une plus ou moins grande quantité de fibres conjonctives, vient s'interposer entre les cellules néoplasiques, ce sont en général des tumeurs plus bénignes que les sarcomes purs.

Le type myxo-sarcome résulte de ce que dans une plus ou moins grande partie de la tumeur, la substance fondamentale de celle-ci prend une consistance muqueuse.

Un point commun à toutes ces tumeurs est leur grande vascularisation ; les nombreux vaisseaux qui y circulent n'ont pas de paroi propre, le sang coule directement au contact des cellules sarcomateuses simplement aplaties et imbriquées pour former cette pseudo-paroi.

Cette fragilité des parois vasculaires explique la présence presque constante de l'ascite hémorrhagique, qui accompagne ces tumeurs abdominales et qui constitue même un bon élément de diagnostic ; elle explique aussi la formation à l'intérieur des néoplasmes de ces cavités kystiques renfermant un liquide rougeâtre et noirâtre.

Comme presque toujours dans le cas de sarcome, aucune de nos observations ne signale de généralisation ganglionnaire, les métastases se faisant beaucoup plutôt dans ces tumeurs par voie sanguine.

Macroscopiquement, on peut classer ces néoplasies en deux grands groupes : les unes qui sont constituées d'une tumeur unique, volumineuse, naissant et grandissant dans le grand épiploon ; les autres formées par un plus ou moins grand nombre de petites masses, allant de la grosseur d'un pois à celle d'une petite pomme et, plus ou moins confluentes ; dans ce dernier cas, il existe presque toujours sur le reste de la séreuse péritonéale, des noyaux identiques à ceux de l'épiploon.

Dans la première variété, on peut ranger notre cas personnel et la plus grande partie des autres ; ce sont des masses souvent énormes irrégulièrement et grossièrement bosselées, les unes conservant la forme aplatie de l'épiploon qui semble seulement très épaissi, les autres ne rappelant en rien la disposition primitive de cet organe et constituant des tumeurs globuleuses et

arrondies, ayant un aspect violacé, à la surface desquelles circulent de nombreux et volumineux vaisseaux. Dans beaucoup de ces cas, les observateurs les ont comparées à d'énormes éponges gorgées de sang.

De la seconde variété, nous avons le beau cas de Miller, de Philadelphie (Obs. XV), qui, à la suite de son observation, raconte avoir vu à Paris une affection identique opérée par le professeur Segond : c'était une femme d'environ 50 ans, très cachectique pour laquelle « le brillant chirurgien français » avait fait le diagnostic de tuberculose ou de néoplasie maligne de péritoine. L'abdomen, au lieu d'être proéminent était au contraire déprimé. Une incision exploratrice fut pratiquée et alors on vit l'épiploon et tout le péritoine recouverts de nombreuses excroissances ressemblant pour la plupart à des fraises. « Cet aspect était tellement frappant, dit Miller, qu'on ne peut l'oublier ». On ne pouvait songer à extirper ces nombreux noyaux néoplasiques, aussi le chirurgien ne put-il que refermer la paroi abdominale.

Les sarcomes du grand épiploon ont une grande tendance à adhérer aux organes voisins, leur facilité à former des vaisseaux explique aisément la constitution de ces adhérences qui, nous le verrons au chapitre du traitement, contribuent souvent à rendre longue, difficile, quelquefois même impossible l'extirpation de ces tumeurs.

SYMPTOMATOLOGIE

Les sarcomes du grand épiploon ont, dans la grande majorité des cas, un début insidieux, et le seul symptôme qui frappe les malades est l'augmentation du volume de leur ventre. Quand il existe de la douleur, elle est extrêmement réduite et c'est beaucoup plus une sensation de pesanteur qui fait que le malade, autrefois vif et alerte, est obligé de s'asseoir et de se reposer fréquemment.

Il y a cependant quelquefois de véritables douleurs abdominales, survenant par crises; elles sont dues aux phénomènes d'obstruction intestinale qui se produisent si fréquemment dans ces sortes de tumeurs. On peut voir, en effet, dans plusieurs de nos observations, ces crises douloureuses, coïncidant toujours avec une constipation opiniâtre, des vomissements, du ballonnement du ventre; en un mot tous les symptômes d'une obstruction intestinale. C'est ainsi que très souvent on crût la tumeur abdominale développée aux dépens de l'intestin et que seulement l'intervention chirurgicale ou l'autopsie montrèrent l'erreur du diagnostic. Cobb, par exemple (Obs. VI), opéra sa malade avec le diagnostic de néoplasie de l'S iliaque et ne fut pas peu surpris de trouver une tumeur sarcomateuse du grand épiploon, l'intestin de sa malade étant absolument sain,

La compression mécanique suffit bien à expliquer les phénomènes d'obstruction intestinale qui se produisent au cours de l'évolution de ces tumeurs; celles-ci, en effet, atteignent très fréquemment un volume énorme et leur situation, directement au-dessus du paquet intestinal, exerce sur lui une forte compression. De plus, les nombreuses adhérences qu'elles contractent si souvent avec les anses intestinales produisent facilement des coudures et des brides qui font obstacle au libre cours intestinal.

Sans aller jusqu'à l'obstruction intestinale, une constipation plus ou moins opiniâtre est de règle et lorsque le malade vient trouver le chirurgien, il attire toujours son attention sur ce fait.

Mais il est un symptôme sur lequel nous voulons particulièrement insister, symptôme aussi important au début de l'affection qu'à sa période d'état : ce sont les phénomènes gastriques.

Dans la plupart des observations que nous publions, les troubles digestifs sont signalés.

Au début, c'est d'abord une sensation de pesanteur de l'estomac, avec digestions ralenties et douloureuses ; à ce moment, ces malades, n'ayant encore aucune trace de tumeur abdominale, sont soignés pour ces symptômes gastriques. Le cas de Miller (Obs. XV) est particulièrement intéressant à ce sujet : en effet, sa malade fut soignée pendant presque toute la durée de sa maladie pour des phénomènes de dilatation d'estomac et à la fin, une abondante ascite étant survenue, pour cirrhose hépatique. En dehors de ses digestions qui étaient devenues à peu près impossibles, cette malade éprouvait presque

constamment une angoisse extrêmement pénible localisée au niveau de l'estomac.

Lorsque la tumeur a fait son apparition et grossit, en général rapidement, ces troubles gastriques augmentent d'intensité et le malade arrive à ne plus supporter aucune nourriture, ce qui contribue à augmenter la faiblesse et la cachexie existant déjà du fait de la tumeur.

Comme pour l'obstruction intestinale, ces symptômes gastriques sont facilement explicables par un phénomène mécanique.

Ces tumeurs sont, en effet, intimement reliées à la grande courbure de l'estomac et l'attirent très fortement en bas, exagèrent sa courbure et expliquent ainsi la production des signes de gastrophose; au contraire l'estomac peut être refoulé et comprimé par la tumeur, ou bien recouvert par elle, d'où résulte des modifications importantes dans la forme et les rapports de cet organe; comme dans le cas de Camus, Speidel, Rochford (Obs. XIV, XVI, IX).

Il n'est donc pas étonnant, d'après ces faits, de voir presque constamment se développer des troubles gastriques chez les malades atteints de sarcomes du grand épiploon.

A ces symptômes, constipation, troubles digestifs, on peut joindre l'œdème des membres inférieurs, qui est presque constant lorsque la tumeur a acquis un volumineux développement ou est accompagnée de beaucoup d'ascite, et qu'explique la compression exercée sur la veine-cave ou les veines iliaques.

Presque toujours les malades atteints de ces tumeurs se présentent au chirurgien, inquiets du volume rapide

et considérable que prend leur abdomen, en même temps qu'ils constatent leur amaigrissement et la diminution de leurs forces.

A l'inspection, en effet, ils offrent presque tous un aspect cachectique, leur amaigrissement est très prononcé, ils présentent un teint jaune paille, ils ont perdu toute force et tout appétit.

Seul leur abdomen contraste par son volume, il est saillant, la peau en est luisante, parcourue par une circulation veineuse collatérale très marquée.

A la palpation on perçoit une volumineuse tumeur, ayant son siège dans la région péri-ombilicale, ou bien remplissant complètement toute la cavité abdominale. Cette tumeur est très mobile : cette mobilité plus nette transversalement que de haut en bas est un excellent signe des tumeurs développées dans le grand épiploon, lorsqu'elles ne sont pas d'un très gros volume. Mais quand elles atteignent un grand développement remplissant tout l'abdomen, contractant des adhérences plus ou moins nombreuses avec les organes voisins, cette mobilité diminue beaucoup et disparaît même complètement.

Généralement la forme de ces tumeurs n'est pas régulière : elles sont bosselées, lobulées et à côté de parties nettement solides, on en sent d'autres où on décèle facilement de la fluctuation. Nous avons vu, en effet, que les sarcomes du grand épiploon présentent presque constamment à côté de masses dures des formations kystiques de volume variable.

Cette palpation est généralement assez facile, étant donné le rapport direct de ces tumeurs avec le paroi

abdominale qui est mobile au-dessus d'elles, excepté toutefois les cas malheureusement fréquents où les adhérences ont intimement lié cette paroi à la tumeur sous-jacente.

La pression exercée sur ces tumeurs est à peu près constamment indolente.

Un caractère important est la matité absolue qui existe au devant de ces formations néoplasiques. Ce signe est absolument constant ; en effet, ces tumeurs refoulent derrière elles tout le paquet intestinal et aucune anse ne vient s'interposer entre elles et la paroi.

En percutant avec soin, on peut souvent remarquer que cette matité s'arrête brusquement à la partie supérieure de la tumeur pour faire place à une zone de sonorité dont la forme est concave en haut, cette concavité correspond à la grande courbure de l'estomac. A la partie inférieure, la matité est convexe en bas. Dans les flancs on peut, presque toujours, déceler de chaque côté une bande de sonorité exagérée correspondant aux anses intestinales refoulées par la tumeur.

Le toucher vaginal montrera les culs-de-sac libres, l'utérus complètement indépendant de la tumeur.

Tous ces signes ne sont vraiment nets que dans un cas moyen où la masse épiploïque a conservé ses rapports à peu près normaux. Mais quand la tumeur prend d'énormes proportions refoulant et remontant l'estomac, descendant dans le petit bassin en contact direct avec les organes génitaux et que, de plus, elle est accompagnée d'ascite, comme il arrive très souvent, alors les caractères précédents ne conservent plus grande valeur et le diagnostic devient très difficile pour ne pas dire impossible.

L'ascite, en effet, complique presque toujours le sarcome du grand épiploon. Sur nos 16 observations, dix fois elle est signalée, tantôt énorme comme dans le cas de Miller, qui, à deux reprises, enleva successivement 9 litres puis 4 litres 1/2 de liquide, tantôt très réduite, 1/2 litre par exemple dans le cas de Schmidlechner.

Dans la majorité des cas, cette ascite présente une coloration rougeâtre ou brunâtre, on y trouve à l'examen microscopique de nombreux globules rouges normaux ou bien en voie de dégénérescence, déformés et même nucléés. Comme nous le verrons au chapitre du diagnostic, les caractères de cette ascite, qui par elle-même constitue une gêne mécanique à l'examen de la tumeur, peuvent être, au contraire, d'une certaine utilité pour le diagnostic de la nature du néoplasme.

Cependant cette ascite peut n'être pas hémorrhagique comme dans le cas de Matas (Obs. V) et Miller (Obs. XV) où elle avait une coloration jaune citrin.

Dans aucune observation nous n'avons vu signaler d'adénites inguinales ou autres ; ce signe négatif peut avoir une certaine valeur pour la détermination de la nature du néoplasme, les sarcomes étant les seules tumeurs ne présentant généralement pas de localisation ganglionnaire.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic des sarcomes du grand épiploon est certainement un des plus ardues qui soient et comme nous l'avons dit, avant la pratique courante de la laparotomie, c'était toujours une découverte d'autopsie, depuis qu'on aborde couramment la cavité abdominale c'est devenu presque toujours une découverte de laparotomie exploratrice ou curative.

Le tableau suivant permettra d'un coup d'œil de voir les divers diagnostics posés dans les cas de sarcome du grand épiploon que nous publions :

Observation personnelle.....	Kyste de l'ovaire.
Schmidlechner.....	Tumeur de l'ovaire.
Gross et Sencert.....	Kyste de l'ovaire.
Segond.....	Kyste du péritoine.
Rochford.....	Fibrome utérin.
Guérin.....	Fibrome utérin.
Miller.....	Cirrhose du foie.
Speidel.....	Cirrhose du foie.
Cobb.....	Obstruction intestinale.
Camus.....	<i>Tumeur de l'épiploon.</i>
Braun.....	?
Matas.....	?
Douglas.....	?
Conforti (3 cas).....	?

En résumé, sur 16 cas, 8 erreurs de diagnostic, 6 sans diagnostic, un diagnostic approchant (Segond), un diagnostic exact (Camus).

La difficulté de faire un diagnostic exact dans le cas de ces tumeurs est donc hors de doute.

Les symptômes multiples de ces néoplasmes communs à beaucoup de tumeurs abdominales sont une des principales causes de cette difficulté. Il faut aussi y ajouter la rareté de ces affections qui fait que l'attention du chirurgien n'étant pas attirée sur ce sujet, l'idée de discuter l'origine épiploïque d'une tumeur ne vient presque jamais à l'esprit.

Nous essaierons cependant de montrer sur quelles bases cliniques et théoriques on peut essayer d'appuyer ce diagnostic.

Quand on se trouve en présence d'une tumeur de l'abdomen, il faut d'abord savoir si elle est bien intra-abdominale et ne dépend pas de la paroi. La palpation suffit souvent, et on se rend compte assez facilement que cette paroi glisse sur la tumeur. Un excellent signe consiste à faire contracter les muscles droits de l'abdomen : Si dans ce cas la tumeur devient fixe, c'est qu'elle est développée dans la paroi.

Cette élimination faite, le premier élément de diagnostic sera la situation médiane des tumeurs de l'épiploon. Si cette position est constatée à coup sûr, on peut dès lors éliminer les tumeurs de la rate, du foie et des reins. Au surplus une tumeur rénale est généralement fixe, tandis qu'une tumeur de l'épiploon est mobile ; même s'il s'agit d'un rein flottant, l'erreur est difficile à commettre : ce dernier, en effet, pourra être réintégré

dans sa loge et il sera presque impossible de le déplacer latéralement, on ne pourra en tous cas jamais le faire passer de l'autre côté de l'abdomen.

Les tumeurs du foie suivent les mouvements respiratoires, de plus elles continuent sans interruption la matité hépatique, tandis qu'un examen attentif pourra montrer entre une tumeur de l'épiploon et le bord inférieur du foie une zone de sonorité.

Le diagnostic avec les tumeurs développées dans le mésentère, qui sont également médianes, mobiles et s'accompagnent souvent d'accidents comparables à ceux que l'on observe dans les tumeurs de l'épiploon (troubles gastriques, constipation, ascite), reposera sur ce fait important qu'une tumeur du mésentère, étant développée derrière les intestins, les repoussant vers la paroi, aura au-devant d'elle une zone sonore, tandis que les tumeurs épiploïdes s'appliquant directement contre cette paroi seront absolument mates.

Tillaux insistait beaucoup sur ce fait et à ce point de vue, il distinguait les tumeurs nées dans l'*espace intra-péritonéal* (estomac, intestins, utérus, ovaires, épiploon), et les tumeurs développées dans l'*espace sous-péritonéal*. « Lorsqu'une tumeur, disait-il, se développe dans l'*espace sous-péritonéal*, soit au niveau des reins, soit au niveau du pancréas, soit au niveau du mésentère, elle refoule l'intestin devant elle ; par conséquent, toutes les fois que vous rencontrerez une anse intestinale interposée entre une tumeur volumineuse et la paroi abdominale, vous devez penser qu'elle a pour point de départ l'espace sous-péritonéal. Lorsqu'au contraire, une tumeur se développe dans l'*espace intra-péritonéal*, elle vient

généralement *se mettre directement en contact avec les parois abdominales sans interposition d'anses intestinales.* »

De cette dernière variété dépendent les tumeurs développées aux dépens de l'utérus et des ovaires, d'où la difficulté de leur diagnostic avec les néoplasies épiploïques.

Pour les tumeurs utérines, ce diagnostic sera généralement facile ; en effet, les phénomènes généraux observés du côté de l'appareil génital et les renseignements fournis par le palper et le toucher, permettent le plus souvent de déterminer à coup sûr la localisation de ces tumeurs.

La différenciation avec les tumeurs des ovaires et particulièrement avec les kystes sera plus difficile ; comme les tumeurs de l'épiploon, ils peuvent être très mobiles, avoir une situation médiane, ils sont mats en avant, fluctuants ; aussi l'erreur sera souvent bien facile à commettre, d'autant plus que ces affections de l'ovaire sont très fréquentes.

Un bon signe sera fourni par le développement ; les tumeurs ovariennes, en effet, évolueront de bas en haut, celles de l'épiploon, après un début péri-ombilical auront tendance à se propager de haut en bas vers le petit bassin. De plus, arrivées dans le petit bassin en contact avec les organes génitaux, elles les repousseront en bas et le toucher les montrera abaissés ; tandis qu'un kyste de l'ovaire ayant gagné la cavité abdominale, entraînera avec lui l'utérus et les annexes qui seront alors remontés.

Enfin la forme de la matité régulièrement arrondie pour le kyste de l'ovaire, aura souvent une limite supé-

rière concave en haut pour les tumeurs du grand épiploon.

La difficulté est souvent augmentée par la présence d'une ascite plus ou moins abondante qui gêne beaucoup la palpation, mais dont les caractères pourront être d'une certaine utilité pour la connaissance de la nature de la tumeur. Aussi la ponction exploratrice ne devra jamais être négligée.

On pourra facilement éliminer l'ascite des cirrhoses du foie. Dans ce cas, le liquide jaune citrin se reproduit rapidement après une ponction, et le malade présente des phénomènes d'insuffisance hépatique (ictère, coloration des urines...).

De même, les ascites d'origine cardiaque ou brightique, dont l'examen du cœur et des urines déterminera facilement la cause.

Le liquide retiré d'un kyste de l'ovaire présentera cette consistance spéciale, visqueuse, filante due aux albumines qu'il contient.

Tandis que dans la grande majorité des cas, le liquide ascitique dû à la présence d'une tumeur sarcomateuse, sera nettement hémorrhagique ou de couleur brunâtre, on pourra y déceler microscopiquement des hématies normales ou en voie de dégénérescence, des grandes cellules endothéliales réunies en placards plus ou moins larges, provenant de la desquamation du péritoine, sous l'influence de l'inflammation de cette séreuse, inflammation qui se traduit par la présence de leucocytes ; on pourra même y trouver des cellules néoplasiques, détachées de la tumeur et dont la forme constituera un bon élément de diagnostic.

PRONOSTIC. — TRAITEMENT

La durée de l'évolution des sarcomes du grand épiploon est variable, mais dans des limites relativement restreintes et, d'une façon générale, on peut dire qu'ils évoluent rapidement.

Parmi nos observations, nous pouvons noter comme délais depuis l'apparition de la tumeur jusqu'à la mort du malade dans les cas non opérés : 1 an (Guérin), 6 mois (Speidel, Miller, Camus). — Dans les cas où le chirurgien est intervenu, l'opération a eu lieu dans les délais suivants après le début de l'affection : 7 ans (observation personnelle), 3 ans (Matas, Rochford), 1 an (Schmidlechner), 9 mois (Segond), 6 mois (Douglas, Gross et Sencert), 3 mois (Braun), 3 semaines (Cobb).

Cette affection est donc très rapidement mortelle, une année, en moyenne, suffit à son évolution naturelle. Les malades meurent emportés par la cachexie qui se manifeste rapidement, surtout à la période terminale ; la maladie, en effet, bien qu'affaiblissant progressivement le patient, peut rester assez longtemps stationnaire pour subir brusquement une recrudescence qui mène rapidement à l'échéance fatale.

Une affection intercurrente ou une complication peuvent également survenir à la période ultime de la maladie ; l'obstruction intestinale, par exemple, ou bien la péritonite (Guérin, Obs. XIII).

La progression fatale de ces tumeurs malignes ne peut être arrêtée par un traitement médical, l'intervention chirurgicale est la seule ressource qui puisse guérir les malades qui en sont atteints ou tout au moins leur procurer une très notable survie.

Sur nos 16 observations, 12 fois une opération a été pratiquée. Le tableau suivant montrera le résultat de ces interventions.

Observation personnelle..	Extirpation complète....	Guérison.
Segond.....	Id.....	Guérison.
Schmidlechner.....	Extirpation (perforation intestinale.....	Guérison.
Braun.....	Extirpation.....	Survie de 13 mois.
Matas.....	Id.....	Survie de 1 an.
Cobb.....	Simple laparotomie.....	Mort 5 semaines après.
Douglas.....	Extirpation.....	Mort 4 jours après.
Gross et Sencert.....	Id.....	Mort le lendemain.
Conforti. {	1 ^{er} cas.....	Id..... Mort 3 mois après.
	2 ^e cas.....	Id..... Mort le lendemain.
	3 ^e cas.....	Id..... Mort pendant l'opération.
Rochford.....	Id.....	?

Sur 12 interventions, 5 guérisons dont 3 où il n'est pas question de récurrence de la tumeur et 2 survies de plus de 1 an. Dans les autres cas, 2 survies de 3 mois et de 5 semaines et 4 morts, le lendemain ou pendant l'opération.

L'ablation de la tumeur présente plusieurs points particulièrement difficiles et délicats.

Ces tumeurs sont toujours extrêmement vasculaires et l'hémostase est souvent très pénible à obtenir; les nombreuses veines très dilatées qui sillonnent ces masses saignent abondamment et comme ces malades sont déjà fort affaiblis au moment de l'opération, il en résulte presque toujours un choc opératoire énorme et souvent

même fatal comme dans le cas de Gross et Sencert, cette difficulté d'hémostase a même fait reculer complètement des chirurgiens devant l'exérèse de la tumeur (Obs. de Cobb).

Une autre grosse difficulté opératoire est constituée par les nombreuses adhérences que contracte la tumeur avec les organes abdominaux, spécialement l'intestin. C'est assurément cette complication qui est le point le plus délicat de l'intervention et tous les chirurgiens ont bien insisté sur ce fait dans leurs observations.

Schmidlechner (Obs. III) ne put détacher une forte adhérence de la tumeur épiploïque avec l'intestin sans le perforer, perforation qu'il répara sur le champ et qui n'eut aucune suite fâcheuse puisque sa malade guérit. De même le Pr Segond (Obs. VI) eut beaucoup de peine à détacher la solide adhérence qui formait le pédicule de sa volumineuse tumeur kystique et qui s'attachait sur le côlon transverse.

On a également signalé des adhérences avec la vessie, l'appendice et toujours la libération de celles-ci demanda beaucoup de soin et d'habileté aux opérateurs.

Ces opérés doivent être tout particulièrement surveillés; en effet, l'ablation d'une telle tumeur qui est souvent énorme, la quantité de sang perdue du fait de l'opération (ne serait-ce que le sang contenu dans la tumeur elle-même, toujours si vasculaire), leur état antérieur plus ou moins cachectique, la résistance de la séreuse péritonéale diminuée par le fait même de l'ablation du grand épiploon, sont autant de motifs qui compromettent le résultat opératoire.

Tous les moyens devront donc être mis en œuvre

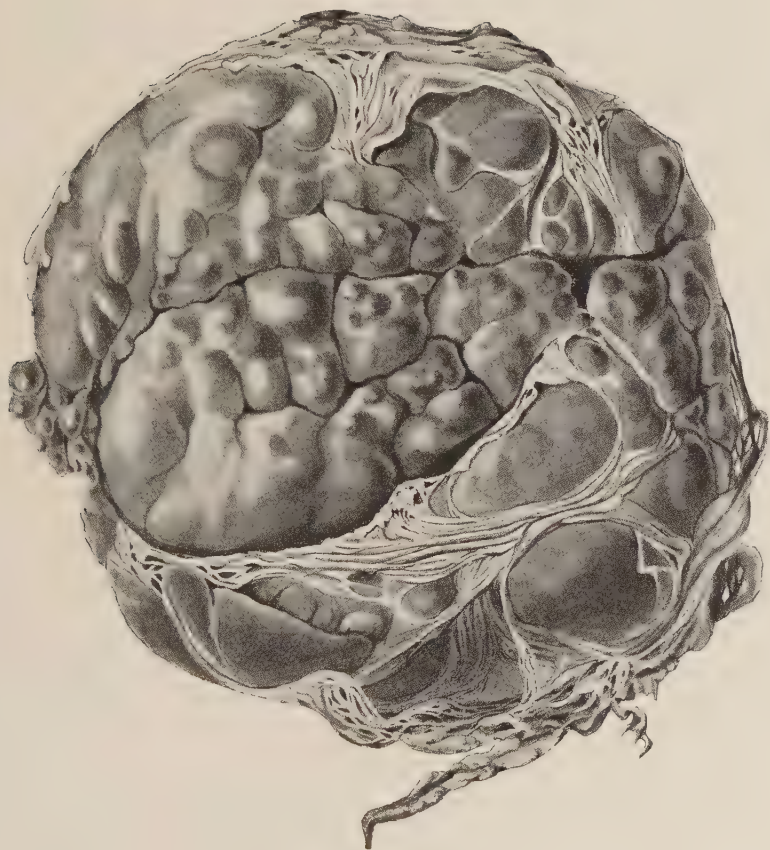
pour remonter ces malades et pour aider leur organisme à supporter un schock opératoire aussi considérable.

Ainsi le chirurgien pourra obtenir des résultats encourageants. Il arrivera à prolonger l'existence et quelquefois à guérir des malades fatalement voués à une mort prochaine sans son intervention.

Mais il est d'autres cas où dès l'ouverture du ventre le chirurgien se voit dans l'obligation de renoncer à toute ablation de la tumeur : c'est lorsque la sarcomatose épiploïque, au lieu de former une tumeur unique, est composée d'une quantité quelquefois considérable de petits noyaux néoplasiques s'étendant presque toujours à tout le péritoine, comme, par exemple, dans l'observation de Miller qui, à la suite, rapporte un cas semblable du P^r Segond.

Dans cette variété, le chirurgien ne peut songer à extirper ces multiples tumeurs, l'opération serait d'ailleurs inutile, étant donnée la rapide récurrence qui suivrait, il devra donc se contenter de refermer la paroi abdominale et de traiter les symptômes généraux de la maladie, s'appliquant surtout à calmer les souffrances et à rendre plus doux les derniers jours du malheureux patient.

Peut-être dans un avenir qu'il faut espérer prochain, ces cas deviendront justiciables de la radiothérapie. Nous aurions été très désireux à ce propos, de reproduire une observation de Bayley, de Chicago, dans laquelle il dit avoir traité et amélioré par les rayons X une tumeur du grand épiploon. Malheureusement la revue américaine où elle a paru ne se trouve pas à la bibliothèque de la Faculté.



Ch. Constantin.

OBSERVATIONS

Observation I (Personnelle).

Mlle Mathilde V. . . , entre à l'hôpital Gouïn, le 15 avril 1906, pour y être opérée d'une tumeur abdominale que tous les médecins qui l'ont examinée précédemment ont diagnostiquée : kyste de l'ovaire.

Cette dame est âgée de 34 ans, de grande taille, fortement constituée ; mais très anémiée, très amaigrie ; elle a les traits tirés, se plaint d'une grande fatigue. En un mot, état général grave.

Le ventre est très proéminent et la malade a le maintien d'une femme enceinte à terme.

Son père et sa mère sont bien portants ; elle a une sœur également en bonne santé.

Personnellement, elle dit avoir toujours été bien portante, jusqu'à l'apparition de cette tumeur.

Il y a environ 7 ans, à l'âge de 27 ans, elle s'est aperçue que son ventre grossissait, cet accroissement s'est fait peu à peu, sans grandes douleurs, jusqu'à il y a environ deux mois. Alors le ventre a pris très rapidement l'accroissement énorme qu'il présente aujourd'hui, en même temps que la malade s'affaiblissait tous les jours davantage.

Ses règles, toujours régulières, durent 4 ou 5 jours, peu abondantes, sans aucune douleur.

La malade se plaint seulement de pesanteurs dans les reins, dans les cuisses, accompagnées de tiraillement dans tout l'abdomen. Mais elle dit que ces malaises sont supportables et que le seul volume de l'abdomen la gêne et l'effraie.

De plus, elle se plaint de manque d'appétit et surtout de digestions longues, difficiles et douloureuses.

Actuellement l'amaigrissement de cette femme est extrême, les clavicules sont saillantes, les muscles du cou sont comme disséqués, les jambes et les cuisses sont flasques et à peine musclées.

Seul l'abdomen est énorme, saillant ; il est parcouru par de nombreux vaisseaux, siège d'une circulation collatérale abondante. Tout cet abdomen de l'appendice xyphoïde au pubis, est absolument mat, à peine peut-on déceler une légère bande de sonorité au niveau des flancs.

La tumeur semble faire corps avec la paroi abdominale, il est impossible de la mobiliser en aucun sens. La zone de matité est également immuable, quelque soit la position de la malade.

On ne peut affirmer qu'il y ait fluctuation.

Le toucher vaginal, difficilement pratiqué, montre un col vierge avec des culs-de-sac complètement remplis par une masse qui se confond avec la tumeur abdominale.

Le fond de l'utérus est introuvable, étant absolument caché par la tumeur.

Le toucher rectal ne donne aucun renseignement complémentaire.

Le toucher et le palper ne réveillent d'ailleurs aucune douleur.

Poumons et cœur normaux. Le foie paraît avoir ses dimensions habituelles.

Urines normales.

En présence de ces symptômes, on fait, de même que les confrères déjà consultés, le diagnostic de volumineux kyste de l'ovaire en voie de dégénérescence, étant donné l'accroissement rapide de l'abdomen dans les deux derniers mois et l'état cachectique de la malade.

Dans le but de remonter cet état général, la malade est laissée 15 jours au repos, avec chaque jour une injection sous-cutanée de 200 gr. de sérum artificiel.

Opération le 1^{er} mai 1906.

Vaste laparotomie médiane partant du pubis et remontant jusqu'au dessus de l'ombilic.

Dès l'ouverture du péritoine, un liquide ascitique, rougeâtre, foncé, s'écoule sur les côtés de l'incision.

A travers les lèvres de l'incision apparaît une tumeur violacée,

très vasculaire, ayant l'aspect d'une énorme éponge gorgée de sang. Cette tumeur emplit toute la cavité abdominale.

On prolonge la laparotomie en haut jusqu'à l'appendice xyphoïde dans le but de chercher à énucléer cette tumeur.

Elle paraît constituée de deux gros lobes à scissure transversale, le long desquels circulent de gros vaisseaux sanguins enchevêtrés les uns dans les autres, de la grosseur au moins d'une fémorale, desquels partent un grand nombre d'autres vaisseaux qui s'enfoncent dans la profondeur de la tumeur.

Ces vaisseaux donnent assez l'aspect d'un nid de vipères.

La nature de la tumeur, probablement sarcomateuse et son énorme vascularisation, laissent à ce moment l'opérateur hésitant sur la conduite à tenir et, bien volontiers, il aurait terminé là l'opération et refermé l'abdomen ; mais la chose était devenue presque impossible, car la tumeur, difficilement contenue dans l'abdomen, faisait saillie à l'extérieur et, réintégrer de force cette énorme masse vasculaire, saignant au moindre contact, semblait encore plus dangereux pour la malade qu'une intervention complète, quelque difficile et hasardeuse qu'elle pût paraître.

La tumeur est donc extériorisée et on recherche un pédicule du côté du petit bassin, croyant encore au diagnostic de tumeur pelvienne.

Mais en attirant la masse, on s'aperçoit bientôt qu'elle est libre du côté du bassin et, qu'au contraire, elle entraîne avec elle l'estomac, qui se trouve alors complètement en dehors de la cavité abdominale.

En effet, elle est attachée à toute la grande courbure de cet organe, à laquelle elle est reliée par de nombreux vaisseaux qui passent de l'estomac sur la tumeur. Il y a à cet endroit comme un énorme méso-vasculaire.

Toute cette grande courbure de l'estomac est libérée sous des pinces, et on procède de la sorte pour toutes les autres adhérences de la tumeur : notamment à sa partie inférieure droite où elle a des adhérences nombreuses avec le cæcum et le côlon ascendant.

Une fois ces adhérences coupées entre des pinces, la tumeur s'enlève facilement.

Tous les vaisseaux sectionnés et pincés au ras de l'estomac et de l'intestin sont ensuite liés au fil de lin.

Les autres organes abdominaux paraissent absolument sains.

La cavité abdominale est aseptiquement nettoyée et dans le but d'aller plus vite, la paroi est refermée en un seul plan sans aucun drainage.

La malade a pris 60 gr. de chloroforme et l'intervention a duré 55 minutes.

Dans les 48 heures qui suivirent l'opération, la malade fut dans un état d'extrême faiblesse : pouls incomptable, à peine perceptible, température se maintenant à 36°, facies blanc, cireux, battements cardiaques à peine perceptibles à l'auscultation. Ces symptômes graves sont certainement attribuables au schock opératoire, étant donné l'anémie antérieure de l'opérée.

On fait à la malade de la caféine, huile camphrée, sérum, etc ..., et à partir du troisième jour, son état s'améliore peu à peu, sa convalescence commence et se fait sans fièvre, sans complications d'aucune sorte.

La malade quitte l'hôpital le 1^{er} juin, un mois après l'opération.

La malade revue il y a quelques jours, c'est-à-dire un an après son opération est en bon état, elle a engraisé, ne souffre plus du tout, ses digestions se font normalement.

Sa cicatrice est parfaite et aucune récidive de la tumeur n'est à soupçonner.

La tumeur est une masse énorme pesant 40 kilos, ayant une forme générale globuleuse. Elle a 90 cent. dans sa plus grande circonférence ; 28 cent. de diamètre ; 18 cent. de hauteur.

Elle présente un profond sillon transversal qui la divise en deux parties.

Sa surface présente de nombreux nodules arrondis, allant de la grosseur d'une cerise à celle d'une grosse orange.

Ces nodules sont formés par des kystes renfermant un liquide brunâtre.

Il existe sur le pourtour de nombreux petits kystes semblables donnant assez l'aspect de grappes.

On voit aussi par endroits quelques vestiges de grand épiploon avec ses vaisseaux.

L'aspect général de cette tumeur avec ses nombreuses scissures, donne l'impression d'un volumineux encéphale.

L'examen microscopique, fait par le docteur Lesné, a montré qu'il s'agissait d'un sarcome fuso-cellulaire.

Obs. II. — SECOND, *Bulletin Soc. Chirurgie*, Paris, 1893, p. 300.

L'opéré est un ferblantier de Lisieux, robuste et bien constitué, dont les antécédents personnels et héréditaires ne présentent rien de spécial. Tout son passé pathologique se résume, en effet, à quelques accès de fièvre intermittente survenus en 1870 et dont il n'a plus été question depuis. Bref, c'est en pleine santé et sans cause appréciable que le mal s'est développé. En juillet dernier, après quelques semaines de malaises mal déterminés avec sensation de pesanteur à l'épigastre, le malade a vu son abdomen prendre assez vite des dimensions alarmantes.

Je crois que M. Lancereaux, consulté à cette époque, fit, après ponction exploratrice, le diagnostic de kyste du pancréas, mais j'ignore le traitement prescrit. Quoi qu'il en soit, l'accroissement des dimensions abdominales s'accusant chaque jour davantage, le malade est entré dans mon service de la maison de santé le 20 mars.

A cette date, j'ai constaté facilement que la distension sus-ombilicale de l'abdomen était causée par une volumineuse tumeur offrant les caractères d'un kyste uniloculaire, à contenu liquide, occupant toute la largeur de l'abdomen dans sa moitié supérieure et descendant à 4 travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Cette masse kystique, directement appliquée contre la paroi abdominale, paraissait peu mobile, sa forme globuleuse se reconnaissait aisément par la palpation aussi bien que par la percussion, et la matité perçue à son niveau se continuait avec la matité hépatique. J'ajoute que la pression était partout indolente et que la surface du kyste lisse et régulière ne laisse percevoir aucune induration. En

somme, nous étions, sans doute possible, en présence d'un kyste développé à froid dans la région supérieure de l'abdomen et se développant avec rapidité sans provoquer ni douleur, ni trouble fonctionnel important. Dans ces conditions, si je n'avais point connu les résultats de la ponction pratiquée par M. Lancereaux, j'aurais, sans doute, diagnostiqué un kyste hydatique. Mais, sachant, d'une part, que le liquide sanguinolent recueilli par M. Lancereaux condamnait cette hypothèse et n'ayant, d'autre part, relevé aucun signe qui me permit de croire à un kyste rénal, je me suis rallié au diagnostic un peu vague, mais suffisant, de kyste développé soit aux dépens du pancréas, soit aux dépens du péritoine. Restait la détermination de la conduite à suivre et celle-ci m'a paru très simple. Le 7 avril, j'ai pratiqué la laparotomie. Une incision médiane sus-ombilicale m'a conduit sur la paroi kystique partout recouverte d'un feuillet épiploïque. Puis, après les précautions pour éviter la pénétration du liquide dans le péritoine, j'ai successivement évacué par incision directe, 7 litres 1/2 de liquide contenu dans le kyste, puis énucléé la poche. Celle-ci adhérait dans toute son étendue aux feuillets du grand épiploon dont elle était comme enveloppée. Il m'a donc fallu la décortiquer à l'aide de mes doigts et ce travail n'a pas été sans exiger une certaine attention et de nombreuses ligatures perdues. Mais, en fin de compte, tout s'est passé simplement et 10 à 15 minutes m'ont suffi pour extraire la totalité de la poche, réséquer les lambeaux d'épiploon trop avarié par le travail de décortication et terminer l'hémostase. J'ai suturé la paroi abdominale sans drainage, les suites opératoires ont été des plus bénignes et la guérison est aujourd'hui complète.

La tumeur se présente sous la forme d'une vaste poche uniloculaire à parties blanchâtres, fibreuses et peu épaisses. La face interne du kyste est lisse comme un séreuse. La face externe présente, au contraire, par place, les vestiges des adhérences filamenteuses qui l'unissaient partout aux feuillets épiploïques.

J'appelle enfin votre attention sur l'épaississement limité, mais très net, que la poche présente en un seul point de son étendue. A ce niveau, il existait une adhérence fibreuse très résistante qui

unissait le kyste, au côlon transverse et qui lui formait ainsi une sorte de court et unique pédicule. Partout ailleurs, la poche n'avait, avec son enveloppe épiploïque, que des adhérences très vasculaires, sans doute, mais assez lâches. Était-ce là le foyer d'origine kystique? Je ne sais. Mais ce fait intéressant et positif, c'est que l'examen histologique de la zone épaisse, a permis à mon interne, M. Cazin, de déterminer la véritable nature du néoplasme, lequel doit être considéré comme un fibro-sarcome kystique du grand épiploon.

Obs. III — SCHMIDLECHNER. — Sarcome fuso-cellulaire de l'épiploon,
Pester. med. chir. Presse, Budapest, 1904, p. 229.

Femme de 48 ans, menstruations normales. Depuis 4 an, elle remarque dans le bas-ventre une tumeur qui grossit beaucoup. Cette tumeur semble de la grosseur d'une tête d'homme, peu mobilisable, de consistance dure. Matité au devant de toute la tumeur. Ascite.

L'utérus, difficilement palpable, est rétrofléchi.

D'après la forme et la consistance de la tumeur, on peut faire le diagnostic de fibrome utérin ou encore une tumeur de l'ovaire.

Laparotomie, le 12 octobre, médiane, prolongée jusqu'à l'ombilic. Dans la cavité abdominale il y a environ 1/2 litre de liquide sanguin.

La tumeur a le volume d'une tête d'homme, très vasculaire, molle et bosselée. Elle n'a aucun rapport avec l'utérus qui semble un peu augmenté de volume et est rétrofléchi. Annexes normales. La tumeur dépend du grand épiploon, sillonné de vaisseaux nombreux de la grosseur d'une plume d'oie.

La tumeur est légèrement adhérente au sommet de la vessie, aux intestins grêles et à l'extrémité libre de l'appendice. Ces adhérences sont libérées séparément et très attentivement. On procède avec un soin tout particulier à la libération de l'intestin grêle, mais, malgré toute l'attention apportée, on découvre un trou ovale, d'une grosseur d'une pièce de 50 centimes.

Les bords de cette ouverture sont avivés et suturés en 2 plans,

Pas de métastases.

La paroi abdominale est refermée en 3 plans.

L'opération dure 1 heure.

Le 2^e jour après l'opération, la malade est extrêmement faible, très agitée et souffre beaucoup. Le température est subfébrile : 38° au maximum.

Le pouls qui était à 80 après l'opération, est monté à 130 le 3^e jour.

Mais les douleurs se calmèrent et la malade commença à se rétablir au 8^e jour. La suture abdominale guérit par première intension. Quatre semaines après, la malade quittait le lit, et, quoique encore faible, elle pouvait être considérée comme guérie.

La tumeur est de la grosseur d'une tête d'homme, très vasculaire. Au toucher, une partie est ronde, mince et kystique, l'autre est solide et un peu élastique. A la partie supérieure de la tumeur il y a une portion d'épiploon épaissi qui forme comme un pédicule à la tumeur et contient de gros vaisseaux.

A la coupe, il s'échappe de la moitié kystique de la tumeur un liquide brun-rouge, cette cavité, du volume des 2 poings, a des parois d'environ 2 cent. d'épaisseur. La coupe de la paroi est polie, brillante à la périphérie, blanc-jaunâtre, semblable à la moëlle ; à la partie centrale recouverte d'une couche de sang en partie organisé.

On peut admettre que la coupe de la partie solide, grande comme la paume de la main, présente la même structure ; la partie périphérique est polie, brillante, blanc-jaunâtre, ressemblant à la moëlle avec, par place, des hémorrhagies coagulées et organisées.

Examen microscopique. — Le tissu néoplasique est constitué de cellules fusiformes, longues avec un noyau en forme de baguette. Ce tissu contient de nombreux vaisseaux dilatés. Les noyaux cellulaires, de différentes grosseurs, se laissent plus ou moins bien colorer, ils contiennent beaucoup de chromatine. Toutes ces cellules se trouvent sans aucun ordre, de sorte qu'à la coupe, elles sont coupées soit en long, soit en travers, soit en biais.

Les vaisseaux du tissu sarcomateux ont leurs parois directement formées par le tissu néoplasique.

Dans la partie centrale et hémorrhagique de la tumeur, il y a beaucoup de cellules en voie de dégénérescence et difficilement colorables. La tumeur est donc un sarcome dont le point de départ fut le tissu conjonctif du grand épiploon.

Obs. IV. — BRAUN, *Deutsche med. Woch.*, 1885, p. 791.

Un manoeuvre de 34 ans éprouve, depuis trois mois, des douleurs aux hypochondres. Il a vomi, maigri et perdu ses forces. Il porte au milieu de l'abdomen une tumeur arrondie, solide, grosse comme une tête d'adulte, médiocrement mobile ; ascite peu abondante, sanguinolente ; œdème des jambes et des bourses.

Le 24 août 1882, l'auteur incise la paroi sur une longueur de 12 centimètres ; il a d'abord à pratiquer 14 ligatures pour saisir les veines dilatées qui fournissent du sang en abondance ; par l'ouverture du ventre s'écoule quatre litres de liquide brun foncé. Peu d'adhérences de la tumeur. Quatre ligatures en masse sur l'épiploon au voisinage du côlon transverse. Excision. Sutures. La tumeur a 27 cent. de long, 20 cent. de large, 12 cent. d'épaisseur.

C'est un myxo-sarcome hystique.

Le 22 septembre, le malade quitte l'hôpital, guéri en apparence. Ce sujet qui, sans opération, semblait voué à une mort certaine, a survécu 13 mois.

Mort le 18 septembre 1883.

Obs. V. — MATAS, *Transactions of the american surgical association*, 1899, p. 281.

Homme, 46 ans, ayant eu des signes de légère indigestion, avec nausées, vomissements accompagnés de douleurs au creux de l'estomac, depuis environ 5 ans.

Depuis 3 ans, il sentait une masse dans son abdomen, au-dessus de l'ombilic ; cette masse ne le faisait aucunement souffrir, mais croissait régulièrement.

Depuis 3 ans, perte graduelle de poids, de 200 à 140 livres.

A l'examen. — On ne remarque rien d'anormal en dehors de son abdomen. On distingue dans celui-ci une tumeur irrégulière, ovoïde, faisant saillie à travers la paroi abdominale dans la région ombilicale et épigastrique. Cette tumeur paraissait dure ou très peu élastique, tout à fait mobile en haut et en bas et latéralement. Insensible à la palpation. Cette masse semblait flotter sur les intestins, on pouvait noter un peu d'ascite.

À l'ouverture du ventre, il s'écoule environ deux litres de liquide jaune clair, dans lequel flottait les particules de substance gélatineuse.

La tumeur formait une masse friable, couvrant les intestins. Elle était développée dans le grand épiploon et était attachée à la grande courbure de l'estomac, à la rate et au côlon transverse.

La tumeur ressemblait à une large éponge, jaune-rouge, renfermant dans ses mailles une matière translucide et gélatineuse. Tout l'épiploon était transformé en ce tissu. Cette tumeur avait environ 3 cent. d'épaisseur.

Le manque absolu de vascularisation était très remarquable, de telle sorte qu'il était possible de séparer cette tumeur de l'estomac et du côlon sans causer la moindre hémorrhagie.

On ne put enlever complètement toute la tumeur ; quelques petites portions restèrent attachées aux viscères et au mésentère.

La paroi abdominale fut refermée et drainée. On enleva le drain le troisième jour. Les suites opératoires furent normales. Le malade engraisa et retourna travailler dans sa ferme pendant deux mois. À partir de ce moment, la distension abdominale ayant augmenté il ne put travailler.

Un an après, à la demande du malade, on fit une seconde intervention, mais on trouva la cavité abdominale entièrement envahie par le sarcome.

L'examen microscopique de la tumeur montra qu'il s'agissait de myxo-sarcome typique.

Obs. VI. — COBB, *Annals of Surgery*, Philadelphia, 1906, p. 16.

Il s'agit d'une femme de 50 ans, mariée; soignée par le docteur Bragdon, de Boston. Elle fut amenée à l'hôpital général de Massachusetts, le 14 octobre 1903 et admise dans le service du Dr Beach.

Elle avait été vue en consultation par le docteur Fitz avec le docteur Bragdon, et envoyée à l'hôpital avec le diagnostic d'obstruction intestinale.

Antécédents héréditaires. — Père mort de vieillesse. Mère morte d'apoplexie. Huit sœurs et frères bien portants.

Antécédents personnels. — La malade dit avoir toujours été bien portante. Elle a eu deux enfants, le plus jeune a 27 ans. Elle n'a jamais souffert du ventre.

Il y a environ 3 semaines, la malade remarqua que son ventre grossissait, elle resta plusieurs jours constipée, jusqu'à ce qu'elle eut pris une forte purgation.

Pas de vomissements, ni de fièvre, la distension de l'abdomen augmentait cependant, elle avait de nombreuses éructations, mais aucun gaz ne s'échappait par le bas. Elle se nourrissait fort peu et cependant ne s'aperçut pas avoir maigri.

A l'examen. — C'est une femme bien constituée, avec une légère apparence anémique.

Leucocytes : 23,000, 24 heures après son entrée à l'hôpital.

Cœur et poumons normaux.

L'abdomen est très distendu, tympanique partout, excepté dans le bas ventre. Le foie et l'estomac semblaient soulevés. On ne sentit aucune masse dans l'abdomen. L'examen du rectum et du vagin ne révéla rien de particulier.

On fit le diagnostic d'obstruction intestinale, causée par une affection maligne du gros intestin, probablement de l'S iliaque.

Mais comme les symptômes montraient que l'obstruction intestinale n'était pas absolue et ne nécessitait pas une intervention immédiate, il semblait indiqué d'attendre 24 heures et de voir quelle modification serait apportée à l'état de la malade par un grand lavage d'intestin.

Pendant l'après-midi et la nuit suivante, on administra plusieurs grands et petits lavages. On eut une petite évacuation d'intestin noirâtre, très sale et le passage d'un petit gaz.

Au bout de 24 heures, la distension était toujours la même.

Le docteur Fitz vint voir la malade et avec d'autres confrères de l'hôpital, il fit encore le diagnostic probable d'obstruction intestinale causée par une affection maligne de l'S iliaque.

Trente heures après son entrée à l'hôpital, j'opérai la malade. Anesthésie par l'éther.

Incision à gauche de la ligne médiane. En ouvrant le péritoine, il s'échappa un liquide sanguin qui était sous forte pression ; alors une volumineuse tumeur, molle, spongieuse, se montra dans l'incision ; on agrandit cette ouverture de façon à permettre une inspection plus approfondie de cette masse. Tout le grand épiploon était très épaissi et infiltré de sang, son apparence était celle d'une grosse éponge.

Cette tumeur étalée flottait sur le liquide péritonéal. En dessous d'elle, se trouvait tout l'intestin qui semblait pâle et affaissé.

Sur la surface du mésentère et des intestins se trouvaient de nombreux points blancs, donnant l'aspect qu'on trouve dans la pancréatite hémorragique aiguë, si ce n'était ce volume énorme de l'épiploon. En présence de ces nécroses graisseuses, on pensa alors à de la pancréatique subaiguë. L'exploration du pancréas montra alors qu'il était parfaitement sain. La tumeur était limitée au grand épiploon et on ne put trouver nulle part de noyaux secondaires. On détacha un morceau de cet épiploon par un examen anatomopathologique.

En présence de cet épiploon extrêmement vasculaire et saignant abondamment sitôt qu'on y touchait, et en raison du mauvais état général de la malade, on ne fit rien de plus. On referma la paroi abdominale après avoir mis un drain et une mèche.

La malade supporta bien l'anesthésie et 24 heures après l'opération, après injection de sérum physiologique, la malade était en excellentes conditions.

Pas de vomissements, peu de souffrance, le drainage se faisait très bien. L'intestin reprit son libre cours deux jours après l'opération avec une petite dose de calomel.

La malade ressentait un soulagement évident avec de très légères réactions fébriles.

Son mari et ses amis l'emmenèrent chez elle cinq jours après l'opération. Elle mourut cinq semaines après.

Le docteur Whitney, qui examina la portion d'épiploon enlevée pendant l'opération, déclara qu'il s'agissait d'une tumeur composée de grandes cellules rondes de différentes grandeurs, dans lesquelles on pouvait remarquer plusieurs figures de mitose. Les vaisseaux sanguins étaient creusés à même le tissu néoplasique. Il s'agit d'un sarcome à cellules rondes.

Obs. VII — DOUGLAS, *R. Surgical Diseases of the abdomen*, Philadelphia, 1903, p. 703.

Douglas rapporte le cas d'un malade qui, 6 mois avant l'opération fut pris de constipation opiniâtre, coliques, douleurs dans l'abdomen, faiblesse générale avec perte de poids.

La tumeur était difficilement perceptible et peu mobile.

À l'opération se montra une large tumeur molle, composée de nombreux petits lobules rouge-cerise, ayant assez l'aspect d'une tarte aux cerises. Pas d'ascite.

La tumeur fut enlevée et séparée du côlon transverse auquel elle adhérait.

Le malade mourut 4 jours après l'opération, d'hématémèse.

L'examen de la tumeur montra qu'il s'agissait de myxo-sarcome primitif du grand épiploon.

Obs. VIII. — GROSS et SENCERT, *Revue de gynécol. et chirurgie abdom.* Paris, 1904, p. 77.

Marie G..., âgée de 53 ans, entre le 15 juillet 1903, à l'hôpital civil de Nancy, dans le service du professeur Gross.

Peu de choses à signaler dans le passé de cette malade ; mariée, mère de trois enfants bien portants, elle n'a jamais fait de maladie grave, et à part quelques indispositions passagères, a joui jusqu'à cette année d'une bonne santé.

Ménopause à l'âge de 48 ans. Le passé utérin de la malade est vierge du moindre trouble.

Il y a 6 mois, en janvier 1902, cette femme a ressenti, pour la première fois, des douleurs vagues dans l'abdomen, douleurs qui coïncidaient avec une inappétence marquée et parfois des nausées. Ces douleurs persistèrent ainsi plusieurs semaines, s'accompagnant de temps à autre d'une constipation opiniâtre, interrompue à de rares intervalles, par des débâcles diarrhéiques, qui amenaient un grand soulagement. La malade ne vomit jamais et, scrupuleusement interrogée à ce point de vue, n'a jamais constaté de méلœna.

Aucun symptôme du côté du bassin ou des organes génitaux.

Cet état a persisté pendant plusieurs semaines puis s'est sensiblement amélioré. Plus de douleurs continues, mais seulement des coliques, survenant, il est vrai, à l'occasion de la moindre fatigue. L'attention de la malade est à ce moment attirée sur son ventre, et elle ne tarde pas à y constater la présence d'une tumeur, qu'elle évalue du volume du poing et qui s'est formée dans le ventre, en avant, à peu près sur la ligne médiane.

Au moins de juin, nouvelle crise douloureuse, qui s'accompagne cette fois de vomissements fréquents. Pourtant pas d'hématémèses. Cette crise ne dure que quelques jours ; l'orage se calme et tout rendre dans l'ordre ; la tumeur seule persiste, semble s'accroître. Cette dernière crise douloureuse a laissé des traces ; douleurs vagues dans le ventre, difficulté de la marche et de la station. La position horizontale est recherchée par la malade, à qui seule elle donne un peu de repos. La tumeur augmente, soulève la paroi abdominale antérieure ; l'état général s'altère, les traits se tirent, la malade devient de plus en plus faible. C'est dans cet état que nous la trouvons le 15 juillet, dans le service de M. le professeur Gross.

Etat actuel. — Malade très anémiée et amaigrie, à pannicule adipeux complètement disparu, à peau bistrée, avec teinte subictérique des conjonctives. Les muqueuses sont décolorées, la langue sèche, saburrale. Apyrexie. Les appareils circulatoire et respiratoire semblent fonctionner normalement.

A l'examen du ventre, nous constatons à la simple inspection, une voussure assez considérable, occupant la région ombilicale, et

empiétant sur l'hypocondre et le flanc gauches. A chaque inspiration, la voussure se déplace très légèrement de haut en bas et remonte faiblement à chaque mouvement d'expiration.

Le palper révèle l'existence d'une tumeur occupant la partie inférieure de l'abdomen, depuis le détroit supérieur du bassin jusqu'à deux travers de doigts au-dessus de l'ombilic. En palpant plus attentivement, on se rend compte que la tumeur occupe les régions ombilicale et hypogastrique et une partie du flanc gauche, du reste la tumeur est mobile ; sa situation varie avec la situation de la malade, les mouvements du thorax ; elle se laisse déplacer par la main qui l'explore.

Introduite à plat derrière la symphyse, la main s'engage sous la tumeur qui ne semble pas plonger dans le bassin, et cette main, refoulant la tumeur en haut, la déplace facilement de bas en haut ; placée au contraire, sur le pôle supérieur de la tumeur, la main n'arrive pas à la refouler vers le bas, dans le bassin, latéralement la tumeur est mobile, mais ne peut cependant être refoulée loin vers la droite.

La forme est irrégulièrement arrondie. Le volume dépasse celui de deux poings d'adulte. La consistance n'est pas tout à fait homogène : ici dure, là molle, même pseudo-fluctuante ; elle donne assez bien l'impression d'un kyste multiloculaire de l'ovaire. La percussion rend un son mat au niveau de la tumeur, les flancs sont sonores. L'auscultation ne nous fournit aucun renseignement.

Le toucher ne nous permet pas d'atteindre la tumeur, même en essayant par le palper bimanuel de la refouler vers le bas. L'utérus est petit et mobile ; les culs-de-sac vaginaux sont libres.

Aucun trouble de l'appareil urinaire. Le diagnostic proposé est : peut-être kyste multiloculaire de l'ovaire, probablement kyste du mésentère. La malade est mise en observation pour quelques jours.

Le 19 juillet, la malade a une violente crise douloureuse. La constipation est absolue ; les vomissements sont fréquents, tantôt alimentaires, tantôt glaireux, jaunâtres, bilieux. Les douleurs abdominales sont extrêmement vives ; la malade, angoissée, s'agite sur son lit, réclamant à grands cris une opération qui la débarrasse de ses misères. Le pouls est fréquent, à 108 ; la température à la normale. On songe à la torsion d'un pédicule.

Malgré l'état général très précaire, une intervention s'impose ; la laparotomie est pratiquée le lendemain 20 juillet, par le professeur Gross avec l'aide de M. Georges Gross, chef de clinique de MM. Sencert et Blum, internes du service.

Anesthésie par le chloroforme. Précautions antiseptiques et aseptiques habituelles. Incision longitudinale sur la ligne blanche, allant de la symphyse pubienne à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Après ouverture du péritoine, on reconnaît la tumeur, qui apparaît entre les lèvres de la plaie pariétale, avec une surface blanchâtre, recouverte de mille tractus graisseux, et sillonnée de nombreux vaisseaux, fortement dilatés. Il est facile de voir que la tumeur est revêtue d'un feuillet péritonéal, qui a tout à fait l'aspect d'un feuillet du grand épiploon. La main introduite par l'angle inférieur de l'incision, sous le pôle inférieur de la tumeur, rend immédiatement compte que ce pôle est absolument libre, sans aucune connexion avec la sphère génitale, particulièrement avec l'un ou l'autre l'ovaire. Suivant la face antérieure de la tumeur en remontant, on arrive au bord inférieur et à la grande courbure de l'estomac ; mais entre le pôle supérieur de la tumeur en avant et ce bord, il reste une espace de deux travers de doigt environ, occupé seulement par la partie supérieure du grand épiploon. Suivant en descendant la même face antérieure de la tumeur, on contourne son bord inférieur ; remontant en arrière d'elle, on trouve une organe fortement aplati, qui est le côlon transverse, et en suivant de bas en haut la surface péritonéale qui le continue, on gagne le péritoine pariétal appliqué sur la colonne vertébrale. Pendant ce trajet rétrograde on se rend compte que la main est séparée de la tumeur par un ou plusieurs feuillets péritonéaux, qui glissent sur la face postérieure de la tumeur dont ils semblent séparés par un espace libre.

Pour avoir accès sur la tumeur, on pratique au niveau de son pôle inférieur une incision sur le feuillet péritonéal qui le recouvre. La main introduite dans l'incision pénètre aussitôt dans une cavité spacieuse : en avant d'elle est la tumeur, en arrière un rideau péritonéal qui, enfermant dans sa partie inférieure le côlon transverse, sépare la main du péritoine pariétal postérieur. La tumeur est mobile dans cette cavité et on peut faire glisser sur sa

surface, la paroi postérieure et la paroi antérieure de la cavité. *Cette dernière cependant est largement unie à la surface antérieure de la tumeur par de nombreux tractus conjonctifs enfermant d'assez gros vaisseaux.* A l'intérieur de la cavité, la tumeur remonte plus haut que l'exploration antérieure ne l'a fait penser; pour contourner son pôle supérieur, la main pénètre derrière l'estomac, dans l'arrière-cavité des épiploons, largement ouverte vers son pôle supérieur et en avant, *la tumeur est unie au bord inférieur de l'estomac ou mieux de son feuillet séreux, par quelques tractus conjonctifs et d'assez nombreux vaisseaux, ces adhérences prolongent vers le haut les adhérences que la tumeur présente avec le feuillet antérieur du grand épiploon.* Toutes ces adhérences sont pincées et liées, la tumeur libérée est très rapidement extraite. Les feuillets épiploïques qui constituaient les parois de la cavité où s'est développée la tumeur s'appliquent spontanément l'un sur l'autre et deux ou trois fils seulement, placés en bas, au niveau de l'incision de ces feuillets, suffisent pour fermer la cavité dans laquelle s'était développée la tumeur. Fermeture du ventre sans drainage. Choc opératoire marqué. L'opérée ne se réveille que lentement. Injection sous-cutanée d'éther. Injection de sérum.

Le soir : température, 37°5; pouls, 96; Urines, 450 grammes.

On pratique une nouvelle injection de 500 grammes de sérum. Le pouls petit se relève difficilement. La malade est très abattue, les traits sont tirés, les extrémités froides.

21 juillet. — L'état général est sensiblement le même. La température, plus élevée, est à 38°5. Le pouls bat à 120, est petit, mais régulier. Le facies néanmoins devient plus mauvais. Malgré plusieurs injections de sérum artificiel, malgré toutes les tentatives faites pour remonter la malade, elle succombe dans la nuit du 21 au 22, avec un pouls à 160 et 37°5 de température.

Autopsie. — A l'autopsie on trouve l'abdomen dans l'état où on l'avait laissé. Pas d'hémorragie. Pas de péritonite. La malade a succombé sous le coup du choc opératoire. On passe en revue les organes qui avoisinent la tumeur pour bien vérifier qu'il ne s'agissait pas d'une tumeur secondaire, ni d'une tumeur pédiculée de l'estomac par exemple qui aurait pénétré dans le grand épiploon.

L'estomac est sain et ne présente nulle trace de tumeur ; les connexions qui unissaient la tumeur au bord inférieur de cet organe, provenaient de l'extrémité supérieure des deux feuillets antérieurs du grand épiploon, et n'étaient en rapport qu'avec le bord tout à fait inférieur de la séreuse gastrique.

Le côlon transverse, refoulé par la tumeur, se trouve reporté très bas et modifié dans la direction. A partir de l'angle sous-hépatique du côlon ascendant, le côlon transverse se dirige obliquement en bas et en dedans vers la ligne médiane qu'il atteint au niveau de la bifurcation de l'aorte, et de là remonte obliquement vers le coude sphénique du côlon descendant. Il est aplati dans sa partie médiane.

Les parois de la poche péritonéale qui renfermait la tumeur sont constituées ainsi qu'il suit : la partie antérieure, par les deux feuillets antérieurs du grand épiploon, partis du bord inférieur de l'estomac, dont ils viennent de revêtir les deux faces, ces deux feuillets s'accolent et descendent en formant le tablier épiploïque, jusque vers la symphyse pubienne. Arrivés là, ils se recourbent en arrière et en haut. C'est à ce niveau qu'a été pratiquée l'incision qui a permis d'extirper la tumeur ; on n'en suit pas moins bien la continuité de ces feuillets antérieurs avec la paroi antérieure de la poche. Celle-ci est donc formée par le trajet récurrent des feuillets antérieurs du grand épiploon. Bien vite ils rencontrent le côlon transverse qu'ils semblent entourer. En réalité ils s'accolent à la partie postérieure du côlon et semblent se fusionner avec les feuillets du mésocôlon transverse. La fusion n'est pas partout complète, car en certains endroits, on peut glisser un ou plusieurs doigts en arrière de l'épiploon, en avant du mésocôlon, et au-dessus du côlon transverse. Quoi qu'il en soit, la paroi postérieure de la poche se termine au niveau du bord inférieur du pancréas, par accolement au péritoine pariétal. Nous sommes donc en présence d'une poche péritonéale fermée de toutes parts, sauf en haut, où elle communique largement avec la poche épiploïque rétro-stomacale. Cette vaste poche est fermée sur les côtés par l'accellement des feuillets antérieurs et postérieurs du grand épiploon. A droite la ligne d'accellement part du pylore et se dirige oblique-

ment en bas et à droite ; à gauche, elle s'éloigne plus de la ligne médiane. En bas la poche est fermée par la continuité des feuillets antérieurs et postérieurs du grand épiploon. En haut elle communique largement avec l'espace rétro-stomacal. C'est l'état de l'arrière-cavité des épiploons avant l'accrolement des feuillets du grand épiploon. C'est dans cette cavité que se trouvait la tumeur, grosse presque comme une tête d'adulte et adhérente seulement par quelques tractus et de nombreux vaisseaux, à la paroi antérieure de la poche. La tumeur était libre, en arrière, en haut et en bas dans la cavité.

L'intestin grêle trouvé refoulé au moment de l'opération en arrière et sur les côtés, ne présente rien de particulier. Rien à signaler du côté des autres organes.

Examen de la tumeur par M. Hoche, chef des travaux d'anatomie pathologique. La tumeur présente la forme d'une sphère légèrement aplatie dans le sens antéro-postérieur, et mesurant 18 centimètres dans son plus grand diamètre. Son poids est de 2 kilogrammes. Elle est enveloppée de toutes parts d'une membrane fibreuse. A la partie inférieure, on voit une faible partie de la paroi antérieure de la poche, qui a été enlevée avec les dernières adhérences de la tumeur à l'épiploon.

La coloration extérieure est blanc-jaunâtre, avec, çà et là, des reflets nacrés, bleutés par places comme la paroi des kystes de l'ovaire.

La consistance est molle, fluctuante, d'ailleurs variable suivant les points. A la coupe, il s'écoule 200 grammes environ de liquide très fluide, sanguinolent, contenu dans des cavités kystiques de dimensions très diverses, les unes grosses comme des noisettes, les autres beaucoup plus grandes. Les parties périphériques de la tumeur avaient une consistance comparable à celle de la matière cérébrale, par places beaucoup plus dure ; les parties blanches surtout, relativement homogènes, présentaient une certaine dureté. Tout le reste du tissu était imbibé de liquide, comme spongieux. Microscopiquement, les cavités kystiques ne possédaient pas nettement de parois propres ; elles ne semblaient pas être primitivement formées, mais produites secondairement par la dégéné-

rescence des éléments du tissu néoplasique. Ce n'étaient là que des pseudo kystes. En certains points de leur paroi, on trouve des dépôts cruoriques rouges, noirâtres ou bruns, suivant le degré de transformation de l'hémoglobine.

Des fragments de la tumeur furent prélevés en cinq endroits différents, fixés et examinés histologiquement. La structure du néoplasme fut trouvée partout sensiblement la même. Les parties blanches, les plus compactes, étaient formées de cellules fusiformes, serrées les unes contre les autres, et associées en faisceaux diversement entrecroisés. Ça et là, jetés indifféremment au milieu de ce tissu, apparaissaient des vaisseaux à paroi très mince, ou paraissant creusés à même dans le tissu de la tumeur. C'est là, en somme, la structure type d'un sarcome fuso-cellulaire.

Les parties molles de la tumeur étaient dues à la désintégration du tissu néoplasique. Elles se produisaient par une sorte d'œdème interstitiel, que traduisaient, au microscope, les nombreux espaces arrondis, intercellulaires. C'est ainsi que, graduellement, par suite de la dissociation des éléments cellulaires, par suite de leur désintégration consécutive, par suite aussi de la rupture des petits vaisseaux à parois extrêmement minces, s'étaient constitués des pseudo-kystes. Des coupes pratiquées en différents points de la tumeur, permettaient de suivre l'évolution du processus et d'en surprendre les diverses étapes. Diverses réactions, faites dans le but de découvrir de la graisse dans les cellules de la tumeur, n'ont été suivies d'aucun résultat positif. En somme, la structure de cette tumeur est celle d'un sarcome fuso-cellulaire avec pseudo-kystes de dégénérescence, et l'observation se résume en ceci : sarcome fuso-cellulaire développé dans l'arrière-cavité des épiploons.

Obs. IX. — ROCHFORD, *Northwestern Lancet*, Minneapolis, 1904, p. 226.

Ce cas fut présenté à une réunion de la Société médicale du comité de Hennepin, en raison de la rareté des sarcomes primitifs de l'épiploon. A cette occasion, le Dr Senn rappela un cas dans

lequel il extirpa en entier l'épiploon d'un homme de 50 ans, cette tumeur pesait plus de 30 livres.

M^{me} A..., opérée par le Dr W. E. Rochford, avait depuis 3 ans une tumeur abdominale. Avant cette époque, elle jouissait d'une bonne santé et depuis l'apparition de la tumeur, elle eut deux grossesses qui se terminèrent normalement.

Cette tumeur, examinée déjà par d'autres médecins, fut diagnostiquée : fibrome utérin. Depuis son apparition, la tumeur avait grossi lentement ; mais depuis l'été dernier, la malade présentait de grandes crises de douleur accompagnées de frissons.

Toujours réglée régulièrement. Pas d'antécédents héréditaires : sa mère, âgée de 78 ans, est vivante.

Malade actuellement âgée de 37 ans.

Température : 37°3.

Pulsations : 98.

Respiration : 22.

Urines : ne présentent rien de particulier à signaler.

Sang : globules blancs : 11,600.

Opération. — Incision médiane, une grosse masse se présente s'étendant jusqu'à l'ombilic ; l'estomac et le duodenum étaient recouverts par l'épiploon et adhérents à lui.

Cet épiploon très épaissi était recouvert de vaisseaux sanguins très développés.

Le péritoine pariétal présentait un certain nombre de lobules kystiques, dont plusieurs étaient pédiculés ; de la taille d'un pois jusqu'à celle d'une noisette.

Tous les organes de l'abdomen étaient sains et indépendants de la tumeur.

Cette tumeur se composait de deux masses, l'une assez mobile, l'autre adhérente sur toute sa longueur, si bien qu'en l'enlevant, une forte hémorrhagie se produisit.

Anatomie pathologique. — Examinée par le Dr R. L. Tibbets, cette tumeur se composait de deux masses pesant à peu près 6 livres, masses irrégulièrement lobulées. La plus grande, ovale, mesurait 16 centimètres sur 12 centimètres. La plus

petite, en forme de croissant, mesurait 18 centimètres sur 8 centimètres.

La paroi de la tumeur était facilement déchirable, friable et spongieuse, gorgée de sang et présentant une apparence bigarrée. La section en croix présentait au centre de larges surfaces hémorrhagiques.

Des coupes faites dans cette tumeur démontrèrent qu'il s'agissait d'un sarcome fuso-cellulaire typique.

Obs. X, XI, XII. — CONFORTI. — *Centralblatt für allgemeine pathol. und pathologische anatomie*, 1906, p. 817.

3 cas de sarcome du grand épiploon.

1^{er} cas. — Anna Schüpbach, âgée de 44 ans, opérée le 3 juillet d'une tumeur du ventre, tumeur qui avait 40.20 et 25 cent. dans ses divers diamètres.

Elle ne put être radicalement opérée, car la tumeur était propagée au péritoine pariétal et viscéral.

Trois mois après, la malade mourut de cachexie.

A l'autopsie, la cavité abdominale était remplie d'une volumineuse tumeur à la partie supérieure de laquelle se trouvait le côlon transverse. Cette tumeur développée aux dépens du grand épiploon recouvrait complètement l'intestin grêle. Des noyaux néoplasiques étaient disséminés sur la séreuse pariétale et viscérale.

Dans le thorax il y avait également de petites métastases dans la plèvre costale et diaphragmatique du côté gauche. Tous les organes du corps étaient absolument sains. La tumeur pesait 7 kigr. 1/2.

Cette tumeur, de surface bosselée, comprenait des noyaux néoplasiques allant de la grosseur d'un tubercule miliaire à celle d'une grosse pomme.

Les plus gros noyaux étaient situés au centre de la tumeur ; les petits se trouvaient à la périphérie comme des grappes.

Cette tumeur, de consistance molle, présentait dans ses plus gros noyaux une fluctuation évidente.

A la coupe, les tissus sont en partie gris-blanc, en partie gris-rouge, à certains endroits on remarque des hémorrhagies et des kystes plus ou moins grands.

A l'examen microscopique, on constate qu'il s'agit de sarcome fuso-cellulaire typique.

2^e cas. — Emma Braundli, âgée de 35 ans, entre à l'hôpital 3 mois après le début de sa maladie. Opérée le 29 décembre 1899, mourut le jour suivant.

A l'autopsie, on trouva dans la cavité abdominale 900 grammes de liquide foncé, mélangé de sang.

Le grand épiploon, dont un gros morceau avait été enlevé pendant l'opération, était fortement épaissi : long de 15 cent., large de 15 cent. et épais de 3 cent., attaché à la grande courbure de l'estomac et au côlon transverse.

Il y a des petits nodules cancéreux dispersés sur la péritoine.

On trouve sur le péricarde des formations de même nature, ainsi que dans l'œsophage, sur la clavicule et dans le médiastin antérieur.

Le grand épiploon est transformé en une volumineuse masse dont la superficie est rugueuse.

A la coupe, la structure apparaît lobulée et gris-rouge, avec des particules graisseuses. Dans la partie supérieure du grand épiploon les plus grosses masses ont 10 cent. de diamètre.

A l'examen microscopique, la tumeur présente par places des cellules fusiformes, en d'autres endroits des alvéoles composées de cellules rondes de différentes grosseurs.

3^e cas. — Lina Ruch, petite fille de 9 ans, dont je n'ai pas moi-même suivi la maladie. Opérée le 8 octobre 1905 et morte pendant l'opération.

A l'autopsie, on trouve le grand épiploon transformé en une tumeur bosselée gris-rouge qui s'attache à la grande courbure de l'estomac et au côlon transverse, comprimant le ligament hépato-duodénal et la veine porte.

En bas elle s'étendait jusqu'au petit bassin et comprimait la

vessie. Il y avait des petits noyaux néoplasiques disséminés sur le mésentère et la séreuse pariétale.

Il y avait également des métastases dans le foie et du côté gauche de la plèvre costale.

Le grand épiploon pesait 1,800 grammes, sa partie centrale et supérieure se divisait en 2 grosses masses, ayant dans leurs divers diamètres, l'une 2, 9 et 7 cent., l'autre 12, 7 et 8 cent.

Le tissu de la tumeur est à la coupe gris-rouge, de consistance assez ferme. En plusieurs endroits se trouvent les points hémorrhagiques et nécrosés.

Le tissu de la tumeur est composé de petites cellules fusiformes agencées dans tous les sens. Dans la périphérie de la tumeur, les petits noyaux néoplasiques ont le caractère de sarcome péri-vasculaire : les parois des vaisseaux sont formées par les cellules de la tumeur.

Obs. XIII. — GUÉRIN, Sarcome fasciculé de l'épiploon gastro-colique. *Journ. de Méd. de Bordeaux*, 1893, p. 171.

La malade, âgée de 57 ans, marchande des quatre saisons, était entrée au commencement de novembre, dans le service de M. le Dr Dudon, pour une tumeur intra-abdominale.

Cette femme était mariée, fort tard du reste, à 40 ans, mais elle n'avait jamais eu de règles ; jamais elle ne constata la moindre apparence de grossesse.

Elle n'accusait aucune maladie antérieure, se plaignait seulement de constipation opiniâtre et niait énergiquement tout antécédent saturnin ou alcoolique, malgré notre insistance, motivée par des symptômes d'artério-sclérose. Elle avait remarqué pour la première fois sa tumeur, un an avant son entrée à l'hôpital, à un moment où elle avait déjà atteint, à son dire, le volume d'une grosse pomme.

Cette tumeur s'était développée avec une grande rapidité, car au moment de notre examen, elle avait le volume et presque la situation d'un utérus gravide de 4 mois $1/2$, remontant presque jusqu'à l'ombilic. Elle se trouvait déviée un peu sur la droite et, à la pal-

pation elle paraissait fort dure, avec des boselures très nettes. Cette tumeur, au premier aspect, paraissait être un volumineux fibrome utérin.

Le toucher vaginal ne donnait pas grands renseignements ; le doigt, en effet, rencontrait en avant du col un diaphragme formé par un repli de la muqueuse vaginale. Un petit orifice permettait d'arriver jusqu'au col, mais l'index était serré de manière à rendre cette exploration difficile.

L'examen au spéculum montra plus clairement ce diaphragme, dont M. le Dr Dudon parvint à dilater suffisamment l'orifice avec un spéculum de vierge. Malgré cela, les symptômes recueillis ne furent pas nets : le col était haut, difficilement accessible, la communication des mouvements imprimés à la tumeur était perçue d'une façon douteuse par le doigt introduit dans le vagin. Le cathétérisme n'indiquait pas d'agrandissement de la cavité utérine.

Dans ces conditions, si le diagnostic de fibrome sous-péritonéal était acceptable, il était permis cependant de faire quelques réserves sur la présence possible d'une tumeur solide d'un organe voisin ; n'oublions pas de mentionner que l'aspect de la malade écartait toute idée de tumeur maligne.

La malade rentrait à l'hôpital pour être débarrassée de sa tumeur, dont l'accroissement rapide l'inquiétait et dont le volume la gênait beaucoup. Mais avant d'intervenir, il était à propos d'examiner les organes de la malade et en particulier le cœur, qui est souvent lésé dans les cas de fibromes utérins volumineux.

On trouvait, en effet, un souffle systolique à l'orifice aortique, mais l'appareil circulatoire présentait une particularité autrement intéressante.

En effet, au-dessus de l'extrémité interne de la clavicule, se trouvait une petite tumeur comparable comme volume* et comme forme à la moitié d'une petite pomme.

Cette tumeur, que la malade n'avait jamais remarquée, était molle, présentait des battements isochrones à la systole cardiaque, un mouvement expansif bien caractérisé, un souffle systolique ; c'était bien certainement une dilatation artérielle.

Cette tumeur se trouvait située à la base du cou et il me sembla

pouvoir porter le diagnostic d'anévrysme ou du moins de dilatation du tronc brachio-céphalique.

Dans tous les cas, il était permis d'hésiter avant d'offrir à la malade l'intervention chirurgicale qu'elle était venue demander pour sa tumeur abdominale.

Elle resta cependant dans le service, ne se plaignant que d'une constipation opiniâtre, qu'il était facile d'attribuer à la compression et d'éruptions prurigineuses dues à un traitement ioduré, éruptions qui disparaissaient dès que l'on suspendait le médicament.

On montrait volontiers aux étrangers sa tumeur volumineuse, ce type de fibrome utérin ; jamais aucun de ces nombreux examens n'engagea à changer le diagnostic posé.

La malade aidait assez activement au service de la salle, lorsque, le 15 janvier, à la contre-visite, je remarquai qu'elle était couchée ; interrogée, elle se plaignit d'être essoufflée depuis quelques jours et je pus constater une congestion pulmonaire des deux bases assez marquée, de la fièvre, œdème des membres inférieurs.

Traitement : ventouses sèches, digitale.

Le 16, même état, même traitement. Temp. : 38° et 39°. Pas d'albuminurie.

Le 17, sensibilité marquée du ventre, le matin ; le soir, vomissements et diarrhée. Temp. : 38°5 et 39°2. Péritonite probable.

Le 18, la dyspnée augmente, les lèvres sont cyanosées ; le ventre est douloureux, ballonné ; ascite très appréciable, la zone de matité variant facilement avec la position de la malade ; hoquets, vomissements. Temp. : 39° et 38° 7. Péritonite certaine. La malade expire dans la nuit.

Autopsie. — Dès l'ouverture du ventre, il fût nécessaire de renoncer au diagnostic de fibrome utérin ; fait curieux, en effet, cette tumeur, qui pendant la vie de la malade paraissait antérieurement sous-ombilicale était beaucoup plus élevée. Elle occupait l'épiploon gastro-colique et repoussait le côlon transverse au-dessous de l'ombilic ; elle était bien loin de l'utérus.

La dureté, l'aspect bosselé étaient conformes à nos constatations ; à la coupe, on trouvait ça et là des cavités kystiques contenant un liquide rougeâtre.

Il est assez difficile de dégager complètement cette tumeur volumineuse ; mais en ouvrant l'estomac, on pouvait constater l'envahissement de l'orifice pylorique par le néoplasme.

J'ai pratiqué quelques coupes que M. le professeur agrégé Auché a bien voulu examiner : elles indiquent que nous étions en présence d'un sarcome fasciculé.

Cette structure expliquait bien l'absence de retentissement général, mais n'explique pas comment la tumeur a pu si bien nous tromper sur sa position réelle. Jamais, en effet, sauf dans les trois derniers jours de la vie, la malade n'a présenté de vomissements ; le seul symptôme qu'elle présentait du côté du tube digestif était la constipation déjà signalée.

Mentionnons brièvement que le péritoine présentait des traces d'inflammation récente et contenait un liquide louche ; que les poumons étaient congestionnés.

Les particularités gynécologiques présentées par la malade nous engageaient à examiner les organes génitaux que je puis vous présenter. Le repli du vagin constaté pendant la vie s'est effacé, on n'en voit que quelques traces. L'utérus est très petit.

Je n'ai pas pu trouver les ovaires, fait intéressant, la malade n'ayant jamais été réglée. Cette recherche était un peu difficile, tous les organes étant inextricablement emmêlés dans des adhérences péritonéales anciennes ; peut-être sont-ils représentés par de petits pelotons graisseux ; en tous cas, on ne rencontre pas de tissu ovarien normal.

Je puis vous présenter le cœur et les gros vaisseaux de la malade ; le tronc brachio-céphalique n'est pas dilaté, la crosse de l'aorte seule était en cause, la tumeur portant sur sa portion ascendante. Cette dilatation est considérable, ce qui explique qu'elle a pu venir former au-dessus de la clavicule la saillie que nous avons mentionnée.

Obs. XIV. — CAMUS, Thèse Paris, 1892.

Le 15 octobre 1889, L. . . , H., entre à l'hospice général de Tours, salle Bretonneau, dans le service du docteur Duclos.

Agé de 31 ans, jardinier. A toujours joui jusqu'en ces derniers temps d'une bonne santé habituelle.

Antécédents héréditaires excellents.

Il y a quatre mois, il a ressenti pendant une huitaine de jours des douleurs assez vives dans l'hypocondre gauche et leur intensité lui a fait cesser son travail pendant quelques jours. Puis les douleurs disparurent, mais ce ne fut pas pour longtemps. Bientôt après son ventre augmenta de volume au point de le gêner dans son travail, et de le pousser à venir demander les soins des médecins de l'hospice. Il a conservé son appétit et ressent seulement de la gêne dans le ventre quand il fait un mouvement. Il reste presque toujours dans un fauteuil. Depuis quelques jours, sa face a maigri et pâli.

A l'examen, l'abdomen est volumineux, surtout dans l'hypocondre gauche et la région épigastrique. La paroi est sillonnée d'un lacis veineux bien apparent.

A la palpation, on trouve une tumeur dure, bosselée, fluctuante en certains points et peu mobile. La matité des régions épigastrique et ombilicale y indique la présence de la tumeur, la matité se continue en haut et à droite avec celle du foie. La tumeur n'est pas animée de mouvements d'expansion; l'auscultation n'y fait entendre aucun bruit vasculaire.

Le siège de la tumeur ne laisse à penser qu'à une affection du foie, de l'estomac, du duodenum, du pancréas, de la rate, des reins, du mésentère ou de l'épiploon. Mais l'étendue de la tumeur et l'absence de troubles fonctionnels excluent d'emblée tous ces organes, à l'exception de la rate, du mésentère et de l'épiploon.

On pouvait d'autant mieux penser à une tumeur de la rate que la douleur avait siégé dès le début de l'affection dans l'hypocondre gauche et que l'examen microscopique du sang faisait découvrir dans le champ du microscope 13 à 20 leucocytes, alors que normalement, on en trouve au plus 2 ou 3. La leucocythémie fit porter le diagnostic: leucocythémie sphénique et un traitement ferrugineux fut institué. Toutefois, on ne trouvait nulle trace d'engorgement ganglionnaire.

Le 19 octobre, le docteur Duclos fit une ponction, au niveau du

tiers supérieur de la ligne joignant l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure, point où la fluctuation était la plus nette. Il ne vint pas de liquide.

Les jours suivants, le malade perdit l'appétit, il maigrit de plus en plus ; par contre, l'œdème des membres inférieurs devint énorme. L'anasarque se généralise et le 10 novembre, une deuxième ponction est faite au même point que la première ; elle donne issue à un demi-litre de liquide huileux qui se coagule rapidement à l'air.

A cette date, l'examen du malade permet de noter les signes suivants. Le ventre excessivement distendu, est très œdématié, ainsi que les membres inférieurs, le scrotum et la verge. La fluctuation est surtout nette autour de l'ombilic.

Tandis que la matité des régions épigastrique, ombilicale, hypogastrique et des hypochondres indique dans ces régions la présence de la tumeur, la sonorité exagérée des flancs montre que la masse intestinale toute entière y est refoulée par le volume considérable de la tumeur.

La sonorité exagérée des flancs dans lesquels est refoulée la masse intestinale fait penser à une tumeur du mésentère ; mais la matité absolue de la région antérieure de l'abdomen indiquant le rejet des anses intestinales dans les régions profondes fait diagnostiquer une *tumeur du grand épiploon*.

De plus, comme cette tumeur est fluctuante en certains points et comme la ponction donne peu de liquide, on pense à une tumeur kystique multiloculaire.

On combat l'œdème de la partie inférieure du corps en pratiquant avec une lancette de nombreuses piqûres : il s'écoule du liquide et les jambes désenflent un peu ; mais leur volume augmente de nouveau. En même temps le malade éprouve de la difficulté à uriner et à déféquer. L'amaigrissement devient extrême. Enfin, le 4 décembre le malade succombe.

Autopsie. — L'abdomen mesure 104 centimètres de circonférence au niveau de l'ombilic ; 45 centimètres séparent la symphyse pubienne de l'appendice xyphoïde.

La cavité abdominale est entièrement remplie par une tumeur qui recouvre tous les viscères. La cavité péritonéale ne renferme

pas de liquide ascitique, on ne trouve pas de noyaux néoplasiques sur le péritoine pariétal. La tumeur n'adhère pas au péritoine pariétal ; quelques adhérences faciles à détacher l'unissent à sa partie postérieure ; ces adhérences renferment de nombreux vaisseaux dont les plus gros n'ont pas moins de 4 millim. de diamètre.

L'estomac, refoulé dans l'hypochondre gauche ne présente pas de lésion. La rate est normale. Foie normal. Reins normaux.

Les anses intestinales sont refoulées dans les flancs où elles disparaissent sous la tumeur ; elles ne présentent pas de lésions, non plus que le gros intestin dont le côlon transverse est abaissé et aplati sur la face postérieure de la tumeur.

Cette masse énorme, du poids de 15 kilog. 1/2, s'étend de la 4^e côte au niveau du détroit supérieur du bassin. Elle a la forme générale d'une pyramide quadrangulaire à base rectangulaire. Les faces sont légèrement arrondies. La face antérieure mesure 46 cent. de longueur sur 36 de largeur. Elle présente 3 sillons : l'un supérieur, transversal, siégeant au tiers de sa hauteur, divise la tumeur en deux lobes inégaux. La surface présente de nombreux nodules arrondis ; ce sont des kystes renfermant un liquide huileux, analogue à celui extrait par ponction le 10 novembre.

La face postérieure, légèrement concave, a une hauteur de 45 cent., une base de 34 cent. Un sillon médian vertical, en forme de Z allongé plus profond que ceux de la face antérieure, la divise en deux lobes : les nodules kystiques que présente cette face sont aussi plus nombreux et plus arrondis que ceux de la face antérieure.

La face latérale gauche présente un grand nombre de kystes très petits.

L'épaisseur de la tumeur vers son tiers supérieur est de 14 cent., au tiers inférieur elle est de 20 cent.

Des coupes pratiquées en divers points de la masse, montrent qu'elle a une structure alvéolaire. Les alvéoles ont un volume variable : ils renferment un liquide analogue à celui des kystes de la périphérie.

L'examen microscopique, après durcissement des pièces dans l'alcool, montre que les travées qui limitent les alvéoles sont constituées de fines fibrilles autour desquelles se trouvent massées

pressées les unes contre les autres des cellules fusiformes dont le noyau assez gros est fortement coloré par le picro-carmin. Ces cellules forment ainsi par leurs groupements de véritables faisceaux qui en divers points de la tumeur, se désagrègent et laissent tomber les cellules au sein du liquide alvéolaire.

En d'autres points, on trouve des cellules arrondies qui ne sont, sans doute, que des cellules fusiformes vues sur un plan transversal.

Bref, l'examen de la tumeur ne laisse aucun doute sur sa nature et l'on peut affirmer qu'il s'agit d'un sarcome fuso-cellulaire primitif du grand épiploon en voie de dégénérescence colloïde.

Obs. XV. — MILLER, *Philadelphia Medical Journal*, 1902, p. 1132,
Sarcome primitif de l'épiploon.

Je fus appelé à voir M^{me} T..., âgée de 55 ans, le 10 mars 1902.

Du côté maternel deux de ses tantes moururent d'un cancer du sein, à l'âge de 50 et 65 ans. Elle avait trois sœurs vivantes et une morte à l'âge de 38 ans d'une tumeur abdominale. Celle-ci fut soignée par M. le Dr Taber Johnson, qui lui ouvrit la cavité abdominale, mais n'enleva pas la tumeur. La malade succomba 2 ans après.

M^{me} T..., était d'une taille au-dessus de la moyenne, vigoureuse et solidement constituée. Elle eut les maladies de l'enfance sans en garder de traces; à 15 ans, elle eut la fièvre typhoïde. Aucun symptôme de tuberculose.

Elle eut 7 enfants, dont 6 sont vivants et jouissent d'une santé et d'une constitution splendide.

Elle remarqua l'hiver dernier qu'elle recherchait la chaleur plus que de coutume; mais cependant allait et venait à ses occupations.

Quand je la vis elle se plaignait de nausées fréquentes.

A la palpation, l'abdomen ne présentait aucune sensibilité, aucune douleur aiguë localisée; mais elle se plaignait de ce qu'elle appelait « *agony* » (angoisse) dans la région épigastrique, s'étendant jusqu'à l'ombilic et dans les régions lombaires droite et gauche.

Respiration = 20. Température : 37°7. Pouls : 120.

Elle se plaignait d'une sensation de froid dans la tête.

Je lui prescrivis salophène et phénacitine mélangés et une légère purgation au calomel. Son « *agony* » gastrique subsista mais les nausées diminuèrent.

La nuit suivante je donnai du bromure de potassium et de sodium, ce qui produisit un assoupissement mais pas le repos complet.

Je donnai ensuite du sulfonal qui réussit encore moins bien que les bromures.

Pas d'œdème des malléoles.

Urines : en 24 heures.....	1.400 gr.
Densité.....	1 020 —
Réaction.....	Acides.
Odeur et couleur.....	Normales.
Albumine et sucre.....	Néant.

La malade n'avait aucun appétit et supportait très mal la nourriture.

On essaya un peu de tout, mais rien ne réussit et ce qu'elle absorbait ne tardait pas à être rejeté.

En lui demandant de s'asseoir et de se lever successivement, elle accusait une augmentation manifeste de ses douleurs.

Cette dernière expérience me fit penser à de la gastroptose ou de l'entéroptose. Ayant essayé les lavages d'estomac sans succès, je demandai au Dr Gerry Morgan, le 18 mars, de voir la malade avec moi. Je lui avouai franchement qu'il m'était impossible de trouver la cause de ces douleurs.

Il diagnostiqua indigestion avec extrême nervosité; diagnostic qui satisfit aussitôt la famille qui disait que la malade n'était pas plus souffrante actuellement qu'elle ne l'avait été souvent depuis 20 ans.

On supprima les lavages et on lui donna jusqu'à 500 grammes d'eau chaude à prendre à jeûn.

On lui fit de grands lavages intestinaux avec du sérum physiologique et les lavements d'huile d'olive.

Le 29 mars, je remarquai de l'ascite dans la cavité abdominale.

30 mars, œdème des malléoles à droite.

31 mars, je demandai au Dr Morgan de voir de nouveau la malade avec moi.

Il pensa alors à l'hydronéphrose et moi à la cirrhose hépatique.

Nous revîmes ensemble la malade.

Le 1^{er} avril, les 2, 3 et 4, nous prescrivîmes de la scille et de la digitale qui n'eurent aucun effet marqué sur l'ascite, mais la quantité d'urine augmenta.

Le 5 avril, le Dr James Kerr vit la malade avec moi, personne ne pouvait faire cet examen avec plus d'exactitude et de sûreté et cependant il convint qu'il ne pouvait poser un diagnostic certain.

« J'incline à croire, dit-il, que c'est une affection maligne du péritoine. »

Il retira une certaine quantité de liquide ascitique qui, examiné, ne montra rien de particulier.

La fluctuation ne ressemblait pas à celle des ascites ordinaires et lorsque la malade se tenait assise ou debout, le liquide ne semblait pas gagner la partie inférieure du ventre. Une bande horizontale directement sous l'ombilic paraissait comprimer la cavité abdominale et semblait empêcher le liquide de descendre : ceci fit penser à un kyste.

Le 11 avril, le Dr Kerr retira 9 litres de liquide ascitique.

Malade très abattue.

Le Dr Kerr revint le 13 et inclinait alors vers le diagnostic de cirrhose hépatique.

Le 24 avril, je retirai encore 4 litres 1/2 de liquide ascitique ; ce qui calma la malade quelques jours. Mais aucune nourriture ne pouvait plus être supportée, les souffrances augmentèrent et elle mourut le 2 mai.

Autopsie. — Le Dr Lamb fit l'autopsie. Il trouva un amaigrissement général, de l'emphysème, de la congestion hypostatique, cœur petit, la vésicule biliaire contenant des calculs.

Le grand épiploon était couvert de nodules rougeâtres ressemblant à des fraises, il y en avait également en d'autres endroits du

péritoine, mais bien moins nombreux que sur le grand épiploon où ils étaient absolument confluents.

Le Dr Carol, qui examina ces tumeurs, en fit du « sarcome endothélial. »

La rate, le pancréas, l'estomac, les intestins, les reins étaient normaux.

Obs. XVI. — SPEIDEL. — *The Louisville monthly Journal of Med. and Surgery*, avril 1901.

Le malade, un avocat, âgé de 53 ans, souffrait depuis le mois de février; il venait dans mon service environ toutes les 2 semaines, se plaignant d'une sensation de pesanteur et de lassitude générale.

Sachant que le malade, en raison de ses occupations, vivait un peu irrégulièrement, se nourrissant souvent d'un verre de bière et d'un peu de fromage au lieu de repas réguliers; trouvant de plus des cristaux d'oxalate de chaux dans ses urines, j'instituai un traitement de gastro-entérite chronique avec oxalurie.

Le malade ne présenta aucun signe d'amélioration, s'affaiblit de plus en plus et perdit 25 livres de son poids depuis le début de sa maladie.

Jamais de fièvre jusqu'alors, mais le 7 mai, il avait 38°6.

On le fit coucher et la fièvre dura jusqu'au 26 mai, avec rémissions matinales régulières.

Pendant ce temps, la rate avait augmenté de volume et l'abdomen présentait du tympanisme, avec circulation veineuse collatérale assez marquée.

Alimentation exclusive au petit lait. A la fin de mai, on essaya le bouillon, la viande, le vin... , mais alors de nouveaux symptômes se présentèrent.

Le 31 mai et les trois premiers jours de juin, le malade vomit environ 2 litres de liquide grumeleux, vomissements qui avaient lieu une fois par jour.

A partir de ce moment, on pouvait constater en plus du tympanisme, une certaine quantité d'ascite dans la cavité abdominale et

une dureté suspecte au niveau de la rate et de la grande courbure de l'estomac.

Les médecins appelés en consultation firent le diagnostic de cirrhose du foie.

L'estomac n'acceptant plus aucune nourriture, on eut recours à l'alimentation rectale au moyen de solution saline normale à 7 ‰ additionnée de parapeptone.

Le malade devenant de plus en plus cachectique, on put sentir facilement une masse solide dans la région épigastrique. Il mourut le 18 juin.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen, l'épiploon se présenta transformé tout entier en une tumeur, la masse fixée à l'estomac s'étendait de l'orifice pylorique à la rate.

Le péritoine présentait des nodules de même nature.

Foie sain. Le rein droit était repoussé très haut derrière le foie, juste au-dessous du diaphragme.

En incisant l'estomac, on remarqua qu'il était presque rempli par une masse ovoïde, indépendante de la muqueuse ; cette masse partant du pylore, refoulait en haut la paroi stomacale. Les parois de cette tumeur avaient environ 1 cent. d'épaisseur et elle renfermait un liquide gélatineux. On suppose que cette tumeur à point de départ épiploïque, avait repoussé devant elle la muqueuse stomacale et occasionné cette formation.

On fit le diagnostic de tumeur maligne de l'épiploon repoussant l'estomac ; tumeur vraisemblablement de nature sarcomateuse.

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS

1° Les sarcomes du grand épiploon sont des tumeurs très rares; cependant depuis les progrès de la chirurgie abdominale et les recherches anatomo-pathologiques plus souvent pratiquées, quelques belles observations de ces néoplasies ont été faites; nous avons pu en rassembler 16 cas, comprenant un examen histologique.

2° Le grand épiploon considéré autrefois comme un vulgaire organe de défense mécanique des viscères abdominaux, a pris depuis ces dernières années une importance beaucoup plus grande, grâce aux travaux de Cornil, Ranvier, Roger, Héger... Cet organe est considéré actuellement comme jouant un grand rôle dans la défense de la cavité abdominale contre l'infection. De très belles expériences faites par Roger et Héger ont démontré cette importante fonction.

3° Le grand épiploon est essentiellement composé de tissu cellulaire recouvert d'un endothélium; ce dernier ne donne presque jamais naissance à des formations néoplasiques. Le tissu cellulaire peut donner des fibromes (extrêmement rares), des sarcomes (plus fréquents). Dans la grande majorité des cas de sarcome il s'agit de

la variété fuso-cellulaire; on peut également trouver la variété globo-cellulaire, le myxo-sarcome et le fibro-sarcome.

Ce sont des tumeurs qui peuvent atteindre un très grand volume, remarquables par leur énorme vascularisation et leur grande tendance à entrer en dégénérescence kystique.

4° Ces tumeurs ont généralement un début insidieux, elles sont indolentes par elles-mêmes, mais elles s'accompagnent souvent de crises douloureuses abdominales, dues aux phénomènes d'obstruction intestinale qui se produisent très fréquemment. Presque constamment il existe aussi des troubles gastriques occasionnant des douleurs parfois très violentes, des vomissements : l'estomac arrive à ne plus pouvoir supporter aucune nourriture. Ces divers phénomènes sont bien expliquables par la compression mécanique exercée par ces tumeurs sur l'estomac et l'intestin.

5° Les sarcomes du grand épiploon sont des tumeurs médianes, généralement très mobiles, donnant à la palpation une sensation de masses irrégulières, bosselées, présentant à côté de parties dures des parties nettement fluctuantes. Ils s'appliquent directement contre la paroi abdominale, ce qui explique la matité absolue que l'on perçoit au devant d'eux. Ils repoussent derrière eux les anses intestinales que l'on peut déceler de chaque côté dans les flancs par une bande de sonorité exagérée.

On peut quelquefois à la percussion délimiter une zone de matité supérieure concave en haut, correspon-

dant à la grande courbure de l'estomac à laquelle ces tumeurs sont directement attachées.

6° Le diagnostic est très difficile et le plus souvent il n'a pu être fait exactement. Il repose surtout sur la situation médiane de ces masses, leur mobilité, la matité absolue en avant d'elles, la forme de cette matité, signes auxquels il faut joindre les troubles gastriques et intestinaux qui manquent rarement. La différenciation est surtout difficile avec les tumeurs de l'ovaire et particulièrement les kystes.

7° L'ascite qui accompagne souvent ces tumeurs contribue à rendre le diagnostic plus difficile en gênant la palpation ; mais l'examen macroscopique et microscopique de cette ascite peut être de quelque utilité pour la détermination de la nature du néoplasme.

8° Les sarcomes du grand épiploon abandonnés à eux-mêmes ont une évolution rapidement mortelle (1 an en moyenne). Ils emportent le malade de cachexie, quelquefois aussi une affection intercurrente survient et hâte l'issue fatale.

9° Seul le traitement chirurgical peut guérir ces malades, ou tout au moins leur accorder une assez longue survie. Lorsque l'état général le permettra il faudra donc toujours proposer l'opération.

10° Malheureusement cette importante intervention est souvent rendue très difficile à cause de l'énorme vascularisation de ces tumeurs, dont les vaisseaux dilatés et

très friables saignent facilement et abondamment, et aussi en raison des nombreuses et fortes adhérences qu'elles contractent avec tous les organes abdominaux et qui en rendent l'exérèse particulièrement pénible et périlleuse.

Vu :

Le président de la Thèse,

PAUL SEGOND.

Vu :

Le Doyen,

DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- Audry.** Tumeurs de l'épiploon. *Lyon médical*, 1889, p. 393.
- Bayley.** Tumor of the omentum treated with X ray. Improvement. *Clinique Chicago*, 1903, p. 345.
- Benenati.** Contributo alla semiotica dei tumori del grande epiploon. *Riforma med. Palermo*. Napoli, 1904, p. 757.
- Braun.** Extirpation eines Malignen Netztumors. *Deutsche med. Woch.*, 1885, p. 791.
- Camus.** Thèse Paris, 1891-1892.
- Cautley.** A case of abdominal tumor. *Tr. M. Soc. London*, 1903, p. 326.
- Chauffard.** Les tumeurs de l'épiploon. *Rev. gén. de clin. et de thérap.* Paris, 1905, p. 676.
- Cobb.** Primary sarcoma of the omentum. *Ann. Surg. Phila.*, 1906, p. 16.
- Conforti.** Zur Kenntnis der Sarkome und der Mischgeschwülste des Omentum majus. *Centralbl. f. allg. Path. u. path. Anat.* Léna, 1906, p. 817.
- Cornil.** *Académie méd.* Paris, 1^{er} février 1898.
- Cornil et Ranvier.** *Manuel d'histologie pathologique*, t. I, Dechambre. *Dictionn. des sciences médicales.*
- Douglas.** *Surgical diseases of the abdomen.* Philadelphia, 1903, p. 703.
- Eve.** *Transactions of the pathological Society.* London, 1885-86, p. 496.
- Fall.** Tumors of the omentum. *Tr. Luzerne. Co. M. Soc.*, 1903, p. 111.
- Fredet.** *Traité d'anat. de POIRIER et CHARPY*, article « Péritoine ».
- Friedrich.** *Pathologie chirurg. de l'épiploon et du mésentère.* Berlin, 1900, p. 998.
- Gross et Sencert.** Sarcome de l'arrière cavité des épiploons. *Rev. de gynécol. et chir. abdom.* Paris, 1904, p. 77.
- Guérin.** Sarcome fasciculé de l'épiploon gastro-colique. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1893, p. 171.
- Heger.** Recherches expérimentales sur certaines fonctions du grand épiploon. *Soc. royale des Sc. méd. et nat.* Bruxelles, 1904, p. 1.
- Contribution à l'étude expérimentale des fonctions du grand épiploon. *Ann. Soc. royale des Sc. méd. et nat.* Bruxelles, 1904, p. 1.
- Jaccoud.** *Dictionnaire de méd. et chir. pratiques.*
- Lancereaux.** Contribution à l'étude de quelques affections du péritoine, *Arch. gén. de méd.*, nov. 1878.

- Lancereaux.** *Anatomie pathologique*, t. II.
- Lauenstein.** *Encyclop. d. ges. Chirurgie*. Leipsig, 1903, p. 206.
- Lavocat.** Thèse Paris, 1891-92.
- Lenoble.** Volumineuse tumeur de l'abdomen de nature sarcomateuse. *Bull. Soc. méd. hôp. de Paris*, 1902, p. 657.
- Lorreyte.** Thèse Paris, 1875.
- Marquis.** Thèse Paris, 1873.
- Matas.** *Transactions of the American Surgical Association*, p. 281.
- Miller.** Primary sarcoma of the Omentum. *Philadelphia, M. J.*, 1902, 1132.
- Nietert.** A case of abdominal sarcoma in a boy. *Saint-Louis Cour. Med.*, 1902, p. 93.
- Péan.** *Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen*.
- Porak.** Tumeurs pédiculées de l'épiploon. *Bull. Soc. anat. Paris*, 1875, p. 540.
- Rochford.** Primary sarcoma of the Omentum. *Northwestern Lancet*. Minneapolis, 1904, p. 226.
- Roger.** Du rôle protecteur du grand épiploon. *Bull. Soc. biologie. Paris*, 1898, p. 197.
- Les organes protecteurs contre les infections. *Presse méd.*, 1898, p. 317.
- Schmidlechner.** Sarcoma omenti fusicellulare. *Pester Med. Chir. Presse*. Budapest, 1904, p. 229.
- Segond.** Tumeur kystique de l'épiploon. *Bull. Soc. chir. Paris*, 1893, p. 300.
- Speidel.** Malignant tumor of the omentum. *Louisville month. J. M. a. S.*, 1901, p. 468.
- Tillaux.** Diagnostic des tumeurs abdominales. *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 757.
- Virchow.** *Pathogénie des tumeurs*, 1869, t. II.
-

